



**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**CASO PSICOLÓGICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN  
ANSIEDAD GENERALIZADA EN UN ADOLESCENTE**

**Línea de investigación:**

**Salud Mental**

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad  
Profesional en Terapia Cognitivo Conductual

**Autora:**

Linares Micha, Sara Noemí

**Asesor:**

Del Rosario Pacherras, Orlando

ORCID: 0000-0003-091-9808

**Jurado:**

Ramirez Magallanes, Olga

Carlos Ventura, David

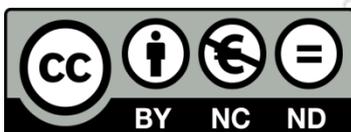
Mendoza La Rosa, Ana María

**Lima - Perú**

**2022**

**Referencia:**

Linares, M. (2022). *Caso psicológico: intervención cognitivo conductual en ansiedad generalizada en un adolescente* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/5837>



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



# **FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

## **CASO PSICOLÓGICO: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN ANSIEDAD GENERALIZADA EN UN ADOLESCENTE**

Línea de investigación: Salud Mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en  
Terapia Cognitivo Conductual

### **AUTORA**

Linares Micha, Sara Noemí

### **ASESOR**

Del Rosario Pacherres, Orlando

ORCID: 0000-0003-091-9808

### **JURADO**

Ramirez Magallanes, Olga

Carlos Ventura, David

Mendoza La Rosa, Ana María

**Lima- Perú**

**2022**

## **Pensamiento**

“El aprendizaje nunca cansa  
a la mente”.

Leonardo Da Vinci

### **Dedicatoria**

A mi familia que me apoyó siempre y a mis profesores que compartieron sus conocimientos los cuales contribuyeron al logro de mi meta.

### **Agradecimientos**

A Dios porque es nuestro creador, a mi familia por apoyarme siempre y a la Universidad Nacional Federico Villarreal por acogerme por segunda vez.

## Índice

Pensamientos	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	11
1.1 Descripción del problema	13
1.2 Antecedentes	15
1.2.1 Antecedentes Nacionales	15
1.2.2 Antecedentes Internacionales	17
1.2.3 Fundamentación Teórica	19
1.3 Objetivos	29
1.4 Justificación	29
1.5 Impactos esperados del trabajo académico	30
II. Metodología	31
2.1 Tipo y diseño de Investigación	31
2.2 Ámbito temporal y espacial	31
2.3 Variables de Investigación	32
2.4 Participante	35
2.5 Evaluación Psicológica	36
2.5.1 Observación Psicológica	36
2.5.2 Entrevista	37

2.5.3	Instrumentos Psicológicos aplicados	41
2.5.4	Análisis e interpretación de resultados de la Evaluación Psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones	46
2.6	Intervención	49
2.6.1	Objetivos Terapéuticos	49
2.6.2	Plan de intervención	50
2.6.3	Programa de intervención	59
III.	Resultados	68
3.1	Resultados pre y post intervención	68
3.2	Discusión de Resultados	77
3.3	Seguimiento	78
IV.	Conclusiones	79
V.	Recomendaciones	80
VI.	Referencias	
VII.	Anexos	

## Lista de Tablas

N°	Titulo	Pág.
1	Criterios según el DSM V para el Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)	50
2	Línea Base Registro de conducta: frecuencia	52
3	Línea Base Registro de frecuencia e intensidad (1-10) de emociones del adolescente	53
4	Línea Base, Registro de pensamientos del adolescente	54
5	Línea Base Registro de Opiniones, Forma A	55
6	Diagnóstico Funcional	56
7	Análisis Funcional	57
8	Análisis Cognitivo	58
9	Sesiones de Psicoeducación	59
10	Entrenamiento en las técnicas de respiración y relajación	61
11	Técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de sustituir creencias y pensamientos desadaptativos por pensamientos racionales alternativos	63
12	Técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de extinguir la ocurrencia de escape y evitación con la técnica de exposición con prevención de respuestas	66
13	Sesión de cierre de las intervenciones	67
14	Línea Base Registro de conducta: frecuencia, pre y post test	68
15	Línea Base Registro de frecuencia e intensidad (1-10) de emociones del adolescente , pre y post test	70
16	Línea Base Registro de pensamientos del adolescente: frecuencia, pre y post test	72
17	Línea Base Registro de Opiniones- Forma A, pre y post test	74
18	Resultados comparativos del Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI)	76

**Lista de Figuras**

<b>N°</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
1	Línea Base Registro de conducta: frecuencia, pre y post test	69
2	Línea Base Registro de la frecuencia (1-10) de emociones del adolescente, pre y post test	71
3	Línea Base del Registro de la intensidad (1-10) de emociones del adolescente, pre y post test	71
4	Línea Base del Registro de pensamientos del adolescente: frecuencia, pre y post test	73
5	Línea Base del Registro de Opiniones- Forma A, pre y post test	75
6	Resultados comparativos del Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI)	76

## Resumen

El presente estudio de caso psicológico tuvo como objetivo disminuir los niveles de ansiedad en un adolescente varón de 13 años de edad a través de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual. El diseño de investigación fue experimental, de caso único ABA. La evaluación de los síntomas se realizó a través del inventario de ansiedad de Beck (BAI), el Registro de Opiniones - forma A de Ellis y la Lista de cotejo de la ansiedad generalizada (DSM-V). La aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual se realizó a través del empleo de las técnicas de Psicoeducación, Reestructuración cognitiva ABCDE de Ellis, Columnas paralelas, Respiración abdominal, Relajación muscular de Jacobson y Exposición con prevención de respuesta. Los resultados encontrados evidenciaron disminución de los niveles de ansiedad, pues inicialmente en el BAI, la línea base fue de 40 (Nivel grave de ansiedad) y en la línea base final, fue de 7 (Nivel mínimo de ansiedad); asimismo se observó una disminución de las emociones de ansiedad, cólera e irritabilidad, así como de las ideas irracionales, demostrando que la Terapia Cognitivo Conductual tuvo un efecto positivo en el presente caso.

*Palabras clave:* análisis funcional, ansiedad generalizada y terapia cognitivo conductual.

### **Abstract**

The present psychological case study aimed to reduce anxiety levels in a 13-year-old male adolescent through the application of cognitive behavioral therapy. The research design was experimental, single case ABA. Symptom evaluation was performed using the Beck Anxiety Inventory (BAI), Opinion Log - Ellis form A and the Generalized Anxiety Checklist (DSM-V). The application of cognitive behavioral therapy was carried out through the use of techniques: psychoeducation, Ellis's ABCDE cognitive restructuring, parallel columns, abdominal breathing, Jacobson's muscle relaxation and exposure with response prevention. The results found showed a decrease in anxiety levels, since initially in the BAI, the base line was 40 (severe anxiety level) and in the final base line, it was 7 (minimum anxiety level); likewise, a decrease in the emotions of anxiety, anger and irritability, as well as irrational ideas, was observed, demonstrating that cognitive behavioral therapy had a positive effect in the present case.

*Keywords:* generalized anxiety, cognitive behavioral therapy (CBT), and functional analysis.

## I. Introducción

La ansiedad es parte de la vida de todos los individuos, en donde cada persona puede llegar a sentir cierto grado de la misma, pudiendo percibir y adaptarse a ella, de una forma señera y singular (Sierra et al., 2003).

Cuando la ansiedad afecta de manera significativa la calidad de vida de las personas, hasta el punto de perjudicar su salud, tanto física como mental, se alude por parte del profesional de la salud realizar una valoración exhaustiva del caso para su respectiva intervención, diagnóstico y seguimiento. (Jiménez , 2018)

Últimamente se ha tomado mayor interés a la presentación de trastornos de ansiedad en población infanto-juvenil, apareciendo cada vez más en etapas tempranas de la vida, siendo los 13 años la edad media de los que la padecen(Beesdo-Baum y Knappe, 2012; Rodríguez de Kissack y Martínez-León, 2001; Polanczyk et al., 2015).

Vemos que la ansiedad generalizada se constituye como un tipo dentro de la clasificación de los trastornos de ansiedad la cual se caracteriza porque estas personas tienden a preocuparse por cosas que son improbables que sucedan o que si ocurren, son mucho más manejables y menos dramáticas de lo que aquellas piensan (Badós, 2015). Manifestándose junto con otros síntomas psíquicos, como la preocupación persistente por el futuro, actividades escolares o la imagen positiva ante los demás, entre otros; durante la mayoría de los días, al menos por un periodo de seis meses.Acompañado muchas veces de síntomas físicos como temblores, palpitaciones, sudoración excesiva de manos, mareos y dificultad para dormir. (American Psychiatric Association [APA], 2013; American Psychological Association, 2015; Reynolds y Richmond, 2012)

Frente a esta realidad, en el presente trabajo se expone la intervención cognitivo conductual de un adolescente de 13 años con trastorno de ansiedad generalizada, con el objetivo

de disminuir los niveles de ansiedad, para que el paciente tenga un mejor funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual, encontrando evidencia empírica respecto a su efectividad.

Se trató de una investigación del tipo aplicada, diseño experimental, de caso único ABA, donde se utilizaron como instrumentos de evaluación: Observación psicológica, Entrevista Psicológica, Lista de cotejo de ansiedad generalizada (DSM-5), Escala de ansiedad de Beck (2011), Registro de opiniones de Albert Ellis - ROAE (1986) y Test de personalidad de Eysenck forma A.

Para lograr los objetivos terapéuticos se utilizó la terapia cognitiva conductual donde se emplearon diversas técnicas como: Reestructuración cognitiva ABCDE de Ellis, Relajación muscular de Jacobson, Psicoeducación, Columnas paralelas, Respiración abdominal y Exposición con prevención de respuesta.

Al final del tratamiento, se logró disminuir significativamente los niveles de ansiedad e ideas desadaptativas del adolescente, se redujeron los síntomas fisiológicos propios de la ansiedad (dolor de cabeza, sudoración, palpitaciones, tics nerviosos) y se consiguió aminorar la intensidad y frecuencia de las respuestas evitativas.

En este sentido, el estudio se abordó de la siguiente manera: en el primer apartado, se describe la introducción, donde se realiza la descripción y formulación del problema, antecedentes nacionales e internacionales, el basamento teórico científico de las dos variables, los objetivos, la justificación y los impactos esperados del trabajo académico.

En la segunda sección se muestra la metodología de investigación, el informe de cada uno de los instrumentos aplicados, el informe psicológico integrado y la intervención psicológica. La tercera parte incluye los resultados del tratamiento, la medición pre y post test de la intervención, la discusión de los resultados y el seguimiento. Por último, en el cuarto y quinto apartado se encuentran las conclusiones y recomendaciones haciendo énfasis en el

reforzamiento de los cambios alcanzados a través de sesiones para seguimiento según las necesidades del adolescente, además de las referencias y los anexos respectivos.

### **1.1 Descripción del problema**

Según la Organización Mundial de la salud ([OMS], 2012):

Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe; y se cree que una de cada cuatro personas de la población general, experimentará alguna alteración mental o del comportamiento a lo largo de su vida. (p.1)

Asimismo, se calcula una prevalencia de los Trastornos de Ansiedad de 264 millones en todo el mundo (3.6%), siendo 4,6% en mujeres y 2,6% en varones, respectivamente (OPS, 2017).

Según el Child Mind Institute (2018), en la última década, ha ido creciendo el número de casos de trastorno de ansiedad en jóvenes menores de 17 años, pasando de un 3,5% a un 4,1% en la actualidad; habiendo aproximadamente 117 millones de jóvenes con dicho trastorno.

Por otra parte, pese a que el 10% de niños y adolescentes de 6 a 17 años presentan algún tipo de trastorno de ansiedad, se calcula que el 20% de ellos, presentará algún problema funcional asociado a la ansiedad, en al menos un área de su vida adulta (Copeland et.al ,2014).

A nivel mundial se estima que el trastorno de ansiedad es la novena causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de 15 a 19 años, y la sexta entre los de edades comprendidas entre los 10 a 14 años. (OMS, 2020)

Antes de la pandemia por COVID-19, en el estudio de carga por categorías de enfermedades se encontró que:

Los trastornos mentales y del comportamiento ocuparon el primer lugar, produciendo una pérdida de años de 668 114 (12.7% del total), que representa una razón de 21.2 por mil habitantes. Se estimaba que en el Perú existían 295 mil personas con limitaciones permanentes para relacionarse con los demás por dificultades en sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas. De estas, 67,8% (200 mil personas) presentan discapacidad moderada y severa. (MINSA, 2020, p.21)

Alrededor del 20% de adultos y adultos mayores sufren de algún trastorno mental, destacándose entre ellos a los trastornos de ansiedad, depresión; consumo perjudicial, abuso y dependencia del alcohol; y, el 20% de niños experimentan trastornos de las emociones y de conducta (INSM, Estudios Epidemiológicos de Salud Mental).

Así pues, podemos ver que los casos de trastornos mentales en niños y adolescentes siempre han existido, pero ahora son más evidentes, debido a la reciente pandemia por el COVID 19.

Donde el Ministerio de Salud (2021), a través de la Dirección de Salud Mental (DSAME), informó que, desde el 1 de enero hasta el 31 de agosto, se prestó atención a 813 426 casos de salud mental a nivel nacional, siendo 132 928 por depresión y 261 197 casos por ansiedad (Instituto Nacional de Salud Mental ,2021)

Asimismo, según el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM,2020) en la capital, una de cada ocho personas (11.8%) ha sido diagnosticadas con algún trastorno mental durante el 2020.

El Instituto Nacional de Salud Mental Víctor Larco Herrera (INSM-VLH, 2020), informó que se observa un alza de la prevalencia en los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, siendo el doble o hasta el triple el número de casos en comparación a periodos sin

pandemia. De igual manera se indicó que en personas adultas, mientras que hace 9 años los casos de ansiedad eran del 2.1%, en mujeres y 1.7%, en hombres; en el 2020 aumentaron, siendo los porcentajes de 8.3% con respecto al primero y 5% el segundo.

Estos trastornos se encuentran entre los más perjudiciales, debido a su alta prevalencia y cronicidad, a su temprana edad de aparición, a la baja tasa de tratamiento, y a la grave discapacidad que generan, siendo la adolescencia un periodo crucial para el desarrollo y el mantenimiento de hábitos sociales y emocionales importantes para el bienestar mental para esta población.

En este punto, se pone en relieve el papel de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, siendo esta última una forma de intervención en la que se trata de identificar las distorsiones cognitivas que generan malestar en la persona, trabaja con los pensamientos y las conductas disfuncionales que generan malestar desarrollar habilidades para el manejo y modificación de la preocupación y ansiedad, devolviéndole su funcionalidad (Fullana et al., 2011)

## **1.2 Antecedentes**

Respecto a los antecedentes de estudios, se ha procedido a optar por nacionales como internacionales, encontrando diferentes trabajos de investigación que a continuación se detallan:

### **1.2.1 Antecedentes nacionales**

Rojas (2021) realizó un estudio de caso clínico en una joven de 22 años con trastorno de ansiedad generalizada. Se aplicó un abordaje terapéutico con enfoque cognitivo conductual ofrecido de forma remota vía online y telefónica a causa del aislamiento social decretado por el Gobierno del Perú, debido a la emergencia sanitaria por la propagación del COVID – 19 a nivel mundial. Para la evaluación, se efectuaron las pruebas como: el Inventario de Ansiedad

de Beck, Escala GAD – 7 (Generalized Anxiety Disorder – 7), Inventario de Preocupación de Pensilvania, Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Carroll y Davidson, entre otras. Asimismo, se utilizaron técnicas cognitivas, conductuales y emotivas; usando principalmente: la programación de actividades, la relajación aplicada y distracción sensorial. Como resultado se observó la disminución de los síntomas ansiosos y la modificación de las conductas poco saludables, mejorando así la calidad de vida de la paciente.

Mallqui (2020) realizó un estudio de caso clínico en un usuario de 27 años con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Para la evaluación se realizaron entrevistas, observaciones, autorregistros, aplicación de pruebas como el Test de personalidad de Eysenck, Test caracterológico de Gaston-Berger, Inventario de ansiedad de Beck, Test de ansiedad y depresión de Zung. Se aplicó un plan de intervención desde el modelo cognitivo conductual, el cual consistió en psicoeducación, técnicas de relajación y respiración, confrontación/exposición, registro de pensamientos y reestructuración cognitiva TRE-Beck. Como resultado, se logró reducir los niveles de ansiedad, contribuir con cambios relacionados con el sistema de creencias, estrategias de afrontamiento funcionales; devolviendo al paciente su funcionalidad.

Zegarra (2019) realizó un estudio de caso único en un paciente de 20 años con trastorno de ansiedad generalizada bajo el modelo Cognitivo Conductual. Se establecieron 10 sesiones donde se utilizaron técnicas cognitivas conductuales, como son: Componente Cognitivo: Reestructuración Cognitiva, Técnicas Auto instrucciones, Detención del Pensamiento, Técnica de Tres Columnas. Así como estrategias de ejercicios de respiración, relajación progresiva e imaginación en vivo con afrontamiento en situaciones similares en el contexto natural. Los resultados indicaron la remisión de síntomas de diagnóstico inicial.

Vega (2017) realizó un estudio de caso clínico en una mujer de 24 años de edad con Trastorno de Ansiedad Generalizada bajo la Terapia Cognitiva Conductual, donde usó como principal referencia el modelo planteado por Clark y Beck. Se llevaron a cabo 22 sesiones donde se pudo ver una disminución considerablemente significativa de los síntomas negativos descritos como la preocupación constante, tristeza, culpabilidad, pobre autoestima, entre otros; la paciente fue capaz de incorporar habilidades o estrategias de afrontamiento derivadas de la terapia cognitiva de manera eficaz en su vida diaria hacia el final del tratamiento de manera fluida. En conclusión, de acuerdo a los resultados obtenidos la paciente logró entender y adherir a su vida diaria el cuestionamiento y análisis de la validez empírica, funcional y lógica de sus pensamientos, desarrollar habilidades para el manejo y modificación de la preocupación y ansiedad, devolviéndole su funcionalidad.

### **1.2.2 Antecedentes internacionales**

Díaz (2021) realizó en Colombia un estudio de caso bajo el modelo cognitivo-conductual en un niño de 10 años con trastorno de ansiedad generalizada. Se llevaron a cabo 10 sesiones, donde se utilizaron como instrumentos: la escala de ansiedad manifiesta versión niños revisada, CMAS –R, Escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS), el cuestionario de depresión infantil (CDI). El proceso de intervención estuvo fundamentado en el libro tratamiento cognitivo conductual para trastornos de ansiedad en niños de los protocolos Kendall, p.c. (2010). y el libro de Barlow, (2017). *Clinical handbook of psychological disorders in children and adolescents. a step by step treatment manual*. Los resultados mostraron una mejoría en el sistema de creencias, estrategias de afrontamiento funcionales y el control emocional.

Noguera (2018) presentó en Colombia un estudio de caso sobre un paciente de 11 años con Trastorno de Ansiedad Generalizada bajo el Modelo Cognitivo Conductual, donde se da a

conocer el proceso de evaluación y plan de tratamiento diseñado para el abordaje del TAG, por lo que se le aplicó instrumentos de medición como el CDI: Inventario de depresión infantil y (SCAS) Escala de ansiedad infantil de Spence. Se llevaron a cabo 18 sesiones, las cuales tuvieron como objetivos: evaluar al usuario con el fin de conocer la problemática, generar un diagnóstico y plan de tratamiento, implementar técnicas de relajación con el fin de disminuir los síntomas de ansiedad y sustituir los pensamientos irracionales por unos más adaptativos; notando así una mejoría del paciente.

Dewinta y Menaldi (2018) realizaron en Indonesia una investigación en una mujer de 22 años con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), con el objetivo de probar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) en la disminución del nivel de ansiedad en pacientes con arritmia. Esta investigación utilizó el método cualitativo, donde se evaluó a la usuaria a través del cuestionario Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). El tratamiento se llevó a cabo de forma intensiva en cinco sesiones en un lapso de tres semanas, siendo la duración de cada sesión es de 90 – 120 minutos, donde se buscó identificar los pensamientos negativos y su efecto en los comportamientos, hacer el uso de una respuesta racional a los pensamientos negativos, modificar comportamientos negativos a comportamientos positivos, evaluar el desarrollo de pensamientos y comportamientos positivos, así como explicar la importancia de psicofarmacología. Como resultado hubo una disminución de la ansiedad y control sobre pensamientos negativos, también se logró probar que la TCC es efectiva para reducir la ansiedad en pacientes cardíacos.

Padilla (2014) realizó en España, un tratamiento cognitivo-conductual en un adolescente de 12 años con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, siendo 16 el número de sesiones, donde el principal objetivo fue sustituir los pensamientos automáticos desadaptativos por pensamientos racionales, reducir su nivel de ansiedad, eliminar las respuestas de escape y disminuir la activación psicofisiológica. El tratamiento que se llevó a

cabo fue un tratamiento cognitivo-conductual, siguiendo como guía el programa de Kendall (1992) para el tratamiento de la ansiedad infantil, adaptado a las necesidades del paciente mediante la Entrevista Semiestructurada de los Trastornos de Ansiedad (ADISC-IV) y la Escala de Depresión y Ansiedad para Niños Revisada (RCADS). Como resultados se consiguió reducir sus preocupaciones, mejorar su capacidad para relajarse, concentrarse y afrontar los problemas.

### **1.2.3 Fundamentación teórica**

#### **Definiciones de ansiedad**

La ansiedad ha estado desde el inicio de la historia de la humanidad, por lo que los principales líderes y filósofos del viejo mundo y, más recientemente, la comunidad científica y profesionales de la salud han tratado de develar como pueden intervenir y tratar con efectividad esta problemática. (Norris, 2005)

A lo largo de los años, la psicología ha englobado distintos conceptos para el término ansiedad, lo que originó que exista una gran confusión respecto a la definición del mismo (Sierra et al., 2003). A continuación, se presentan algunas aproximaciones sobre la ansiedad.

Según Barlow (2000), “el fenómeno de la ansiedad para algunos filósofos y psicólogos prominentes, como Kierkegaard o Rollo May, está en la misma base de lo que significa ser humano” (como se citó en Garavito, 2017, p.7).

Para, Clark y Beck (2012) la ansiedad se define como:

Un sistema complejo de respuesta fisiológica, conductual, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (p.23)

Para Ellis (2010), como se citó en Pedroza (2015) la ansiedad ha sido benéfica para la evolución del ser humano, ya que le ha permitido sortear riesgos y temores, así como enfrentar desafíos temporales y circunstanciales. Sin embargo, la ansiedad se convierte en problema cuando la persona lleva al “extremo” sus miedos, inventando ideas irracionales que rigen su forma de pensar, sentir y actuar.

Asimismo, Clark y Beck (2012) señalan que cualquier teoría de la ansiedad que espere ser útil para la investigación o tratamiento de la misma debe distinguir claramente el “miedo” de la “ansiedad”, en esta línea, Barlow (2002, citado en Clark y Beck, 2012) se refería al miedo como una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y por las tendencias a la acción. La ansiedad, por otro lado, se definiría como una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos. (p.22)

Para Clark y Beck (2012), existen 5 valoraciones que pueden hallarse en la ansiedad de carácter clínico:

1. Cognición disfuncional: En la ansiedad patológica existe una valoración errónea de peligro en una situación que no se corrobora mediante la observación directa.
2. Deterioro del funcionamiento: El individuo que la evidencia, ve perturbado su funcionamiento, reduciendo su efectividad en su vida diaria.
3. Persistencia: El estado de ansiedad clínica puede subsistir durante mucho tiempo, existan o no mociones de amenazas en el ámbito actual.
4. Falsas Alarmas: Sensación de amenaza en el sujeto, a pesar de la ausencia o de la más mínima provocación de un estímulo.

5. Hipersensibilidad a los estímulos: Donde la sensación de amenaza en sujetos con ansiedad es provocada por una amplia gama de estímulos o situaciones en las que la intensidad es leve y que podrían percibirse como inofensivas por sujetos sin ningún padecimiento (Beck y Greenberg, 1988).

### **Teorías explicativas de la ansiedad**

Dentro de los tantos esclarecimientos sobre el origen de la ansiedad, podemos identificar diferentes modelos teóricos que tratan de exponer su etiología.

#### **a) Teoría biológica**

Sustentada por Eysenck (1980), el cual refiere que el ser humano nace con cierta vulnerabilidad emocional frente a estímulos medioambientales debido a que posee un sistema nervioso central lábil. Cierta tendencia a la ansiedad desprende el concepto de neuroticismo (Eysenck 1967, 1981, citado en Cia, 2007) la cual es característica de aquellos sujetos que poseen una lenta adaptación a los estímulos y una considerable activación del sistema nervioso autónomo.

El neuroticista posee un sistema nervioso autónomo y lábil, muy reactivo a las situaciones ambientales de frustración y tensión: es una persona generalmente tensa, ansiosa, insegura y tímida, presenta bloqueos de conducta, respuestas inadecuadas o irrupciones emocionales desproporcionadas, con tendencia a sufrir trastornos psicósomáticos (Rojas, 1986, como se citó en Saavedra, 2002).

Por otro lado, LeDoux (1995) refiere que diversas investigaciones sobre el papel de la intervención de la amígdala en ansiedad, la definen como una de las estructuras primordiales en las conductas defensivas y el miedo.

Asimismo, Gómez (2007), describe a la ansiedad, como producto de diferentes activaciones fisiológicas, centrándose en tres neurotransmisores específicos: la noradrenalina (NA), la serotonina (5HT) y el ácido Gammaaminobutílico (GABA). Atribuyendo a estos dos últimos la capacidad de generar la ansiedad que los individuos sienten cuando saben que van a ser expuestos al estímulo y las reacciones evasivas al mismo.

### **b) Teoría conductual**

Hull (1921, como se citó en Sierra et al., 2003) conceptualiza la ansiedad como un impulso motivacional, responsable de la capacidad del individuo para responder ante una estimulación determinada. Esta escuela utiliza en el estudio de la respuesta de ansiedad los términos de miedo y temor frecuentemente.

Según Edelman (1992), desde el condicionamiento clásico, cuando un estímulo neutro se relaciona repetidas veces con una experiencia aversiva (estímulo incondicionado), el cual encamina a experimentar ansiedad (respuesta incondicionada), se vincula con cierta experiencia aversiva disponiendo respuestas semejantes a la ansiedad (respuesta condicionada). Así desde esta línea, la ansiedad conductual parte del nexo de esta última con un refuerzo obtenido anteriormente.

Así pues, se entiende que la ansiedad se aprende a través de la observación y por modelaje (Sierra et al., 2003).

### **c) Teoría social**

Basado en la teoría cognitivo social de Bandura, donde destaca la idea de que gran parte del aprendizaje humano se da en el medio social, confiriendo a los procesos cognitivos un papel fundamental vinculado con el aprendizaje y modificación de la conducta. Según esta teoría el aprendizaje social resalta el papel activo del individuo en su interacción con su entorno, es decir, el comportamiento está definido por procesos cognitivos (valoración de estímulos),

variables ambientales (físicas y sociales) y patrones de respuesta que también modifican el propio medio.

Asimismo, Bandura (1974, 1977,1982), concibió la idea de la ansiedad como resultado de la valoración de estímulos externos e internos, donde el desenlace disponía la intensidad, tipo y subsistencia de la experiencia emocional.

En cuanto a la ansiedad, la teoría del aprendizaje social se refiere a ello como resultado de las cogniciones del individuo acerca del medio (anticipación cognitiva de consecuencias aversivas) y acerca de si mismo (la autoeficacia o la capacidad que ve la persona de hacer frente a amenazas eventuales), además afirma que la ansiedad y la conducta de evitación son co-efectos de la ineficacia del ser humano al no hacer frente a situaciones amenazantes (Villamarín,1990).

#### **d) Teoría cognitivo conductual**

Según Quero et al. (2001) en la actualidad el modelo cognitivo conductual no solo se centra en el contenido de las cogniciones de los sujetos, sino también como el individuo interpreta la información de su entorno, es decir, la conducta quedaría definida a partir del nexo entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan. (Estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta).

Clark y Beck (2012) señalan que la intensidad de un estado de ansiedad depende del equilibrio entre la propia valoración inicial de la amenaza y la valoración secundaria de la capacidad de afrontamiento y de la seguridad. (p.70)

Por ende, cuando un individuo siente o afirma tener ansiedad, intervienen en dicho proceso distintas variables, por lo que ninguna de ellas debe ser despreciada para el estudio del mismo. Según esto, la ansiedad pasa de ser valorada como un concepto multidimensional,

existiendo áreas situacionales específicas asociadas a diferencias relativas al rasgo de personalidad. (Sierra et al., 2003)

### **Síntomas de la ansiedad**

Según Clark y Beck (2012), la ansiedad es una respuesta emocional que engloba diversos procesos en continua interrelación, los cuales comprenden:

Síntomas fisiológicos: taquicardia, cambios en la respiración: respiración entrecortada, respiración acelerada; opresión torácica; sensación de asfixia; náuseas, diarrea; aturdimiento, mareo; sudores, escalofríos; temblores, estremecimientos; adormecimiento; debilidad, inestabilidad; rigidez, parestesias.

Síntomas cognitivos: miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; miedo al daño físico o a la muerte; miedo a “enloquecer”; miedo a la evaluación negativa de los demás; pensamientos, sensación de irrealidad, escasa concentración, confusión, hipervigilancia hacia la amenaza, poca memoria; dificultades de razonamiento, pérdida de objetividad, entre otras.

Síntomas conductuales: incluyen respuestas de evitación o /abandono, paralización, inquietud, agitación, marcha, hiperventilación, dificultad para hablar.

Síntomas afectivos: Nerviosismo, temor, tensión, impaciencia, aprehensión, frustración.

### **Clasificación de la ansiedad**

Según el DSM-V (2013), los trastornos de ansiedad se organizan en diversos cuadros clínicos, que comprenden desde estados que se definen por la experimentación de preocupaciones excesivas y/o temores irracionales hacia personas, situaciones u objetos, hasta estados ansiosos caracterizados por crisis de pánico u presencia de obsesiones (imágenes, pensamientos).

Clasificándose de la siguiente manera: Ansiedad por separación, Ansiedad fóbica, Ansiedad social, Trastorno de pánico, Agorafobia, Ansiedad generalizada, Trastorno por Estrés

Agudo, Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Trastorno de Ansiedad debido a pensamientos de tener Enfermedad Médica.

### **Trastorno de Ansiedad Generalizada**

La categoría diagnóstica “trastorno de ansiedad generalizada” se emplea a un “patrón de comportamiento caracterizado por una excesiva ansiedad cognitiva manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc., a menudo con ansiedad anticipatoria” (Toro y Calle, 2010, p.241). Este tipo de Ansiedad fue incluido por primera vez en la cuarta versión del Manual de Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 1994) dentro de los trastornos de la infancia y la adolescencia, que precedentemente incluía dentro de esta categoría el nombrado “trastorno de ansiedad excesiva” recogido en el DSM–3-R (APA, 1987).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (2013) el trastorno de ansiedad generalizada (F41.1) es una condición clínica que presenta criterios diagnósticos importantes para ser diferenciados de otros trastornos relacionados o similares por los factores desencadenantes:

- Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente, durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (laboral o escolar).

- Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.

- La ansiedad y la preocupación se asocian con tres o más síntomas (inquietaud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño). [Requiriéndose en niños solo un ítem]

- La ansiedad, la preocupación o síntomas físicos causan malestar clínico-significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- La afectación no se atribuye a efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej. droga), ni a otra afección médica (p.ej. hipertiroidismo).

- La afectación no se explica mejor por otro trastorno mental (trastorno de pánico, ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo, ansiedad a la separación, trastorno por estrés postraumático, autismo, entre otros).

### **Modalidades de intervención en Trastorno de Ansiedad Generalizada**

#### **a) Terapia cognitiva conductual**

La Terapia Cognitivo Conductual es una forma de intervención breve, en la que se busca modificar las distorsiones cognitivas que generan malestar en la persona, haciendo énfasis en los pensamientos y conductas disfuncionales. Se destaca por ser más directiva, dirigida al planteamiento de objetivos, haciendo el uso de práctica repetida de lo aprendido en comparación con otras formas de tratamiento psicológico. (Fullana et al., 2011)

Según la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995), “en relación a los tratamientos del TAG, la terapia cognitivo-conductual, con o sin componente familiar, es la intervención que se ha probado con mayor grado de eficacia para niños y adolescentes siguiendo los criterios de la Comisión de Expertos de la División 12 de la Asociación Americana de Psicología” (como se cita en Padilla, 2014, p.158).

Según Vallejo (2015), la TCC demuestra premisas esenciales acotando que las emociones negativas y las conductas poco adaptativas son el resultado de los pensamientos disfuncionales y las distorsiones cognitivas, donde a través del cambio de la función de los pensamientos, se busca regular el malestar emocional del individuo. De igual manera, refiere

que, aunque las terapias cognitivas son variadas y tienen fundamentos teóricos distintos, la mayoría de ellas constituyen tres puntos esenciales:

-Abordaje terapéutico intelectual o cognitivo: En donde se identificará y se sustituirá los pensamientos negativos o erróneos aceptados como razonables por el individuo, por unos más racionales y adaptativos.

-Abordaje emocional: En el que se hace un registro de aquellas situaciones en las que el componente emocional de las manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales de la ansiedad aumentan o suscitan. Mediante el registro se podrá conocer y ver la magnitud de ellas para así ir reduciendo de manera gradual el grado de ansiedad que conllevan, a través de la técnica de exposición y la relajación progresiva de Jacobson.

-Abordaje Conductual: En el que se tratará de modificar las conductas desadaptadas y poco racionales del individuo mediante el esquema E-O-R-C, en el que O son los pensamientos poco formulados (automáticos) y alteraciones emocionales. Donde en las posteriores sesiones terapéuticas se verificará mediante la metodología empírica el nexo emoción/pensamiento con el cambio conductual. Asimismo, en relación con este triple abordaje terapéutico esencialmente el paciente tiene que realizar la técnica de autorregistros.

## **b) Terapia farmacológica**

Como medida terapéutica, dependiendo de la complejidad del caso, las personas ansiosas necesitarán terapia psicológica sola o combinada con fármacos.

En 2011 el National Institute Health and Excellence del Reino Unido, sugiere tratamiento con medicación a personas que no hayan respondido eficazmente a la psicoterapia, a menos que el propio paciente decida solo llevar este último por efectos adversos a largo plazo. Asimismo, es importante tomar en cuenta que la escogencia de un fármaco depende de diversos

factores incluyendo: la necesidad de un inicio rápido de acción, efectos secundarios, riesgos o la presencia o no de una depresión concomitante.(Toro y Calle, 2010)

Entre los principales medicamentos que se utilizan tenemos a los antidepresivos, donde se incluyen los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) y los antidepresivos tricíclicos.

Según Toro y Calle (2010), la mayor parte de los consensos y guías refieren que en cuanto a efectividad, los mencionados no están tan alejados uno del otro. Sin embargo, los más empleados son los ISRS, debido a su mejor perfil en cuanto a los efectos adversos. Entre los aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el TAG están el escitalopram y la paroxetina. Por otro lado, entre los IRSN más utilizados son la venlafaxina en dosis similares a las usadas en depresión 75 a 150 mg.

De igual manera los benzodiazepinas son los fármacos más indicados en el tratamiento medicado del TAG, teniendo una efectividad mayor en evidencia, siendo el 70% de los individuos que la consumen mejoran significativamente, pero de esta solo el 40% de los pacientes tiene una remisión de la sintomatología y en el 30% tiene una mejoría parcial

En esta línea, entre los benzodiazepinas a utilizar, se recomiendan el lorazepam, diazepam y alprazolam. Asimismo, se aconseja el consumo a corto plazo de este medicamento, no más de 4 semanas, y cuando sea de prioridad el control apresurado de síntomas o durante la espera a la respuesta de los efectos de los antidepresivos o terapia cognitivo conductual.

Por otro lado, la buspirona, perteneciente al grupo químico de las azapironas constituye otra alternativa, ya que es un potente agonista de los receptores serotoninérgicos utilizándose en el tratamiento de diversos trastornos de ansiedad; la dosis oscila entre 15 a 30 mg al día, sin embargo, su eficacia es limitada comparada con los benzodiazepinas, especialmente a los que ya han recibido dosis previas de este último.

### **1.3 Objetivos**

#### **Objetivo general**

Disminuir los niveles de ansiedad generalizada en un adolescente a través de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual.

#### **Objetivos específicos**

Disminuir las creencias y pensamientos desadaptativos utilizando la técnica de reestructuración cognitiva.

Reducir el patrón de respuestas fisiológicas y motoras con la técnica de desarrollo de habilidades de afrontamiento utilizando las estrategias de relajación progresiva de Jacobson y respiración abdominal.

Extinguir la ocurrencia de escape y evitación con la técnica de exposición con prevención de respuestas.

### **1.4 Justificación**

Dado que la Organización Mundial de la Salud (OMS,2020) revela que durante el último año se ha evidenciado un crecimiento en la demanda de los servicios de salud mental en el mundo, donde los trastornos de ansiedad son los que lideran esta problemática, es importante la elaboración y aplicación de un plan de intervención Cognitivo Conductual para ansiedad generalizada en un adolescente, lo que permitirá la aplicación de estrategias de tratamiento para pacientes con características similares al caso planteado. El presente estudio beneficiará, en primer lugar, al adolescente con el cual se trabajó ya que le permitirá un mejor afrontamiento ante las situaciones que le generen ansiedad, mejorando en su desenvolvimiento

personal, familiar y escolar, de esta forma se logra reafirmar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en los casos de ansiedad generalizada.

De esta manera también se pretende contribuir con un aporte metodológico, dado que el presente trabajo servirá como una referencia para otros profesionales en psicología y/o estudiantes, que pretendan abordar casos psicológicos en Ansiedad Generalizada.

### **1.5 Impactos esperados del trabajo académico**

Se espera disminuir la sintomatología ansiosa del usuario mejorando su salud emocional y física, la cual se reflejará en la mejora de sus relaciones familiares, rendimiento académico y repertorio conductual. De esta manera se reducirán los pensamientos irracionales que son desadaptativos, disminuirán las respuestas fisiológicas perturbadoras y las conductas de escape y evitación, llevándolo a tener mejor calidad de vida, permitiendo así su funcionalidad en la sociedad con la capacidad de producir y aportar al progreso de su entorno. Finalmente, esta intervención podrá ser replicada en casos con sintomatología similar tomándolo como evidencia empírica.

## **II. Metodología**

### **2.1 Tipo y diseño de investigación**

El tipo de investigación es aplicada porque su fin es práctico ya que toma los conocimientos de la investigación básica para aplicarlos, con la finalidad de mejorar la calidad del fenómeno estudiado (Kerlinger, 2002).

El presente trabajo corresponde a un diseño experimental de caso único (pre experimental), porque se caracteriza por tener un solo sujeto (Hernández et al., 2014). En el actual estudio se busca determinar el efecto de la terapia cognitivo conductual en un caso de ansiedad generalizada en un usuario adolescente de 13 años. Además mediante la utilización de este tipo de diseño, se busca evaluar el probable efecto de la intervención sobre la conducta o variable de respuesta que es objeto de estudio, donde  $N= 1$  (Hernández et al., 2014). Se utilizará el modelo ABA que describe la fase A como línea base, B el tratamiento, A como evaluación final.

### **2.2 Ámbito temporal y espacial**

El presente estudio de caso se llevó a cabo entre los meses de febrero a julio del 2021, el cual consistió en 12 sesiones de 50-60 minutos de duración, de manera presencial conservando los protocolos de seguridad, debido a la coyuntura.

Se realizó en el Centro Psicológico Particular Sara Linares, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, Lima, Perú.

## **2.3 Variables de investigación**

### **2.3.1 Variable independiente: Terapia cognitivo conductual**

Según Fullana et al. (2011) la Terapia Cognitivo Conductual es una forma de intervención breve, en la que se busca modificar las distorsiones cognitivas que generan malestar en la persona, haciendo énfasis en los pensamientos y conductas disfuncionales. Se destaca por ser más directiva, dirigida al planteamiento de objetivos, haciendo el uso de práctica repetida de lo aprendido en comparación con otras formas de tratamiento psicológico.

La terapia Cognitiva Conductual fue aplicada en 12 sesiones, en las cuales se utilizaron las siguientes técnicas:

#### **Reestructuración cognitiva ABCDE de Ellis**

Según el modelo ABC de Ellis (1984), se plantea que mientras las personas encuentren en su medio eventos estimulantes (A), estos por sí mismos no originan consecuencias (C), sin que antes, se interprete dicho evento estimulante (B). Dicho en otras palabras, “C” es el resultado conductual, fisiológico y emocional de las creencias “B” que se tiene sobre “A”.

Entonces según este esquema, el problema se da cuando los pensamientos o creencias (B) son poco adaptativos e irracionales, por lo que se trabaja en la reestructuración de estos, favoreciendo la funcionalidad del paciente (Ibañez y Manzanera, 2012; Ruiz et al., 2012).

#### **Relajación muscular de Jacobson**

Según Clark y Beck (2012), desde el punto de vista de Jacobson la principal sensación que presentan los individuos con ansiedad es la tensión muscular, el cual compromete la contracción o acortamiento de las fibras musculares; entonces con el objetivo de reducir estos últimos presentó el método de relajación muscular progresiva, en donde demostró que, a través

de la inducción de un estado de relajación profunda, las contracciones musculares podían ser suprimidas.

La metodología a usar supone que el terapeuta le indique al paciente tensionar y luego relajar los diferentes grupos de músculos de su figura, con el propósito de que contemple la diferencia entre el estado de relajación y tensión. En segundo lugar, se busca comprobar mentalmente la relajación máxima del grupo de músculos y, por último, se le pide al paciente piensa en una escena agradable o mantenga la mente en blanco, permitiendo la relajación de la mente y el resto de su cuerpo. Se puede practicar este método entre 10-15 minutos, repitiéndose varias al día (Álvarez, 2008).

### **Psicoeducación**

La cual consiste en proporcionar al paciente y sus familiares información acerca de la naturaleza de su enfermedad, así como el abordaje y pronóstico de la misma. No solo hace referencia a la definición de la patología que tiene el paciente, sino que trata de incluir aquellas situaciones que se vuelven complicadas por el desconocimiento de información específica que supone el trastorno, es decir, involucra consejería y adiestramiento en técnicas para hacer frente a la enfermedad (Godoy et al., 2020).

Asimismo, Clark y Beck (2012) enfatizan la importancia de instruir a los pacientes sobre el modelo cognitivo de la ansiedad y la orientación del tratamiento, ya que este permite una óptima alianza terapéutica.

### **Respiración abdominal**

Esta técnica constituye uno de los procedimientos más usados para disminuir los niveles de activación del individuo, ya que el ritmo del movimiento respiratorio depende de diversos mecanismos regulatorios del mismo sujeto, entre ellos incluidos los factores emocionales y

fisiológicos. Entonces, desde esta línea el reentrenamiento de respiración tiene como propósito lograr un adecuado patrón respiratorio, haciendo énfasis en el abdomen, realizando movimientos solamente de este último, sin que los músculos del tórax u otros se encuentren comprometidos (Ruiz et al., 2012).

### **Autorregistros**

Estos se emplean en los inicios del abordaje terapéutico, con el propósito de recolectar información sobre el estado emocional del individuo en su vida cotidiana y comprender bajo qué conductas, circunstancias y personas aumenta o reduce el malestar. Además, se utilizan de línea base para poder comparar los progresos del paciente, con relación a como estaban al inicio (Ruiz et al., 2012).

Asimismo, Beck y Shaw (1983) refieren que esta herramienta sirve como preparación o entrenamiento para que el paciente pueda mejorar sus habilidades en el trabajo cognitivo, ya que en diversas oportunidades los individuos tienen inconvenientes en modificar ciertas conductas desadaptativas.

### **Exposición con prevención de respuestas**

Al usar esta técnica, el paciente se enfrenta de manera voluntaria a la idea u objeto temido, pudiendo ser en vivo, o mediante la imaginación; con el propósito de eludir aquellas conductas compensatorias para reducir la ansiedad (Gavino, 2008; Suriá y Meroño, 2009; Vallejo, 2001).

### **Técnica de columnas paralelas**

Se realiza mediante autorregistros, donde la persona identifica sus pensamientos irracionales, los cuestiona y origina una interpretación racional. De esta manera al distinguir

los pensamientos negativos, es menos complicado para el paciente identificar sus creencias irracionales, dominando sus pensamientos y por consecuencia su estado de ánimo.

### **2.3.2 Variable dependiente: Ansiedad generalizada**

Según el DSM-V (2013), las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son un ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo, el rendimiento escolar, familiar, que la persona percibe difíciles de controlar, además el sujeto experimenta síntomas físicos como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. De acuerdo a los criterios diagnósticos se diagnostica cuando la ansiedad y preocupación excesiva se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de 6 meses, en relación con diversos sucesos o actividades. En los niños y adolescentes, solo se requiere un ítem. Los niveles de esta variable fueron medidos a través del Inventario de Ansiedad de Beck (2011), Registro de opiniones forma A (2009) y la lista de cotejo de ansiedad generalizada según DSM- V (2013).

**Variables extrañas:** Medidas de confinamiento a raíz de la pandemia que no permitieron continuar por un tiempo determinado con la secuencia de la aplicación de la terapia.

## **2.4 Participante**

Adolescente de trece años de edad, de sexo masculino, estudiante del segundo año de secundaria de una institución educativa particular, residente del distrito de San Juan de Miraflores, Lima. Alumno con desempeño académico promedio, fue seleccionado porque presentaba una sintomatología ansiosa evidente relacionada con el Trastorno de Ansiedad generalizada.

## **2.5 Evaluación psicológica**

### **2.5.1 Observación psicológica**

#### **Observación psicológica del usuario**

Adolescente de trece años de edad, de estatura promedio, contextura gruesa, aparenta su edad cronológica, se presenta aseado, su cabello es semiondeado corto de color negro, ojos grandes, redondos de color negro, nariz recta y labios pequeños, viste de acuerdo a la estación, con un polo, short y sandalias.

El adolescente se presenta a la entrevista lúcido, orientado en espacio, tiempo y persona. Postura erguida, sentado a la mitad de la silla, mueve su pierna derecha constantemente, algunas veces se observa tics nerviosos en el ojo derecho y al hablar algunos espasmos (alarga los fonemas), discurso coherente y tono de voz baja, mantiene contacto visual. Hace uso de gestos para expresar experiencias.

#### **Motivo de consulta**

La madre refiere que hace más de seis meses ve a su hijo muy ansioso: "Mi hijo se aísla, para en su cuarto, no comparte momentos con la familia, tartamudea, tiene tics nerviosos, cuando está con nosotros o llega visitas transpira mucho, se agita, dice que le duele la cabeza y no quiere estar en clase ahora virtual".

Lucas refiere que presenta un malestar constante, experimentando ansiedad casi todo el tiempo, particularmente cuando está con su familia, recibe visitas o participa en clases virtuales. En estas situaciones piensa: "debo hacer las cosas bien, sino mi madre puede empeorar", empieza a presentar sudoración excesiva en manos y cabeza, tics en los ojos y en la boca, taquicardia, hormigueo en el brazo, temblor en las piernas y si alguien le habla suele responder de mal humor. Asimismo, refiere bajo ánimo (apatía) para hacer sus cosas, se frustra

al pensar que no puede hacer las cosas bien, no puede concentrarse en clases y le dificulta dormir. En tales situaciones se retira a su cuarto y prefiere estar solo, refiriendo que siente alivio y bienestar.

### **Descripción actual del problema**

El adolescente señala que hace dos meses su problema ha aumentado, ya no puede controlarlo. Estuvo escuchando música y en una de ellas se detuvo a prestar atención a la letra la cual trataba de las madres, que hay hijos ingratos que hacen que las madres enfermen, se pongan tristes, a raíz de ello cada vez que está con su familia , compañeros de clase , tenga respuestas emocionales (angustia , cólera ,irritación , frustración , apatía), sus respuestas fisiológicas (sudoración, taquicardia, tics, tensión, adormecimiento del brazo, dolor de cabeza, temblor en sus piernas), respuestas cognitivas (no se puede concentrar, esto le sucede cuando se dice así mismo que debe ser el ejemplo en todo, que todo debe hacerlo bien para que no empeore la salud de su madre), las respuestas motoras (responde en voz alta, come muy rápido, para solucionar ello y sentirse mejor tiene respuestas de escape y evitación: se aísla, se va a su cuarto), cuando está en su cuarto tiene alivio, tranquilidad y se reduce el malestar. Por último manifiesta que experimenta ansiedad (9 de 10), irritación (7 de 10), cólera (10 de 10), frustración (8 de 10). Estos síntomas suelen presentarse con una frecuencia diaria.

### **2.5.2 Entrevista**

#### **Desarrollo cronológico del problema**

La madre refiere que en la gestación de Lucas ya tenía diabetes , los médicos le dijeron que estaba en alto riesgo, podía quedar mal ella o el niño, desde allí el padre aumentó su ansiedad, cuidaba mucho a la madre, decía constantemente a sus hijos que su madre estaba delicada y deben portarse bien, al nacimiento de Lucas la madre empeoró, desde entonces utiliza insulina en inyectable, Lucas tuvo problemas de control de esfínteres y cada vez que se

orinaba en su cama su padre le gritaba y le castigaba, así mismo al entrar al nido a los tres años Lucas aún mojaba sus pantalones siendo ello causal para que el padre le gritara, así fue hasta los 10 años que ya pudo tener control de sus esfínteres. A los 6 años cuando estaba en primer grado empezó a tartamudear, sus compañeros de aula le imitaban, el padre lo corregía gritando a Lucas. Durante su primaria Lucas fue un alumno con altas notas, su padre lo felicitaba y le decía que era la esperanza de la familia, cuando bajaba sus notas el padre le resondraba.

Lucas recuerda que cuando era niño el padre siempre castigaba a sus hermanos mayores, les gritaba y decía que deben portarse bien porque él y la madre trabajaban mucho para ellos.

A los 12 años , en secundaria empezó a bajar en sus notas y el padre se molestaba mucho, le gritaba, amenazaba en castigarlo, esto ocasionaba que la madre se moleste con el padre, la madre se sentía mal, a veces lloraba, cuando están en la mesa el padre siempre que puede le regaña, le dice que se siente bien, que coma bien, etc, o cuando están en la sala; en algunas ocasiones el padre revisó las notas escolares y le llamó la atención por estar con promedio por debajo de 17 y toda vez que podía le hacía recordar de la enfermedad de la madre y que si no hacía las cosas bien mamá se preocuparía y esto dañaría sus salud aún más.

## **Historia personal**

### **Desarrollo inicial**

La madre refiere que Lucas nació a término, por cesárea, pesando casi cuatro kilos, sin complicaciones, su desarrollo fue normal, caminó al año, habló antes del año, lactó hasta el año y medio y su aprendizaje en la escuela era bueno. Refiere que no sufre de enfermedades. Madre comenta que Lucas siempre ha sido un niño obediente y un poco temeroso. Tuvo problemas en control de esfínteres hasta los 10 años aproximadamente, empezó a tartamudear a los 6 años y tiene tics nerviosos en boca y ojos.

### **Instrucción y educación**

Según refiere la madre, Lucas siempre obtenía buenas calificaciones, aprende rápido y es responsable en las tareas. Tiene pocos amigos y casi siempre lo elegían como policía escolar porque se portaba bien. Al iniciar secundaria empezó a bajar en sus notas.

### **Desarrollo psicosocial**

Lucas refiere que tiene amigos, algunos del colegio, otros del fútbol y también de los juegos en línea, socializa con chicos de su edad, casi siempre trata de estar en su cuarto en donde se siente tranquilo, por la coyuntura actual ya no sale a jugar fútbol. Trata que su padre no lo encuentre hablando o jugando con sus amigos porque le grita.

### **Hábitos e intereses**

Le gusta el fútbol y siempre estaba en una academia, tiene amigos, pero no muchos, actualmente por la pandemia juega FIFA online cuando su papá sale a trabajar, es lo que lo divierte.

### **Desarrollo psicosexual**

En relación al sexo opuesto no ha tenido dificultades en relacionarse con niñas y adolescentes de su edad, pero es selectivo. Lucas refiere que le agrada una chica de su salón y a veces se reunía vía online para jugar.

### **Enfermedades y accidentes**

La madre refiere que Lucas siempre ha sido un niño sano, solo los problemas que ha tenido es que es llorón, tartamudea y tiene sus tics nerviosos.

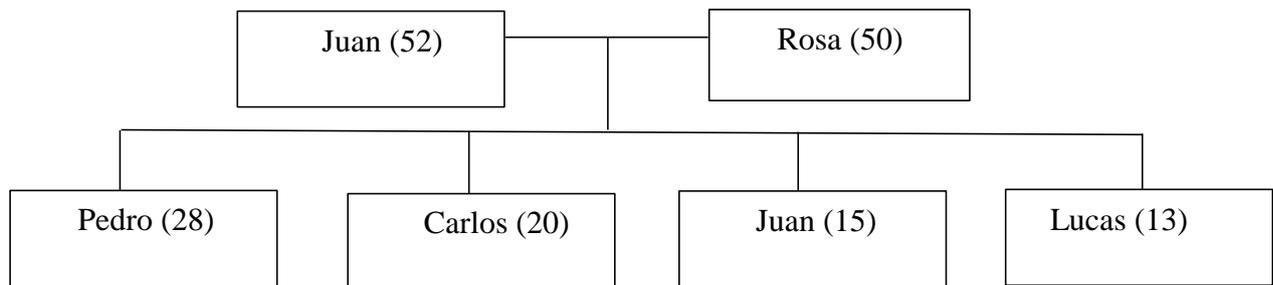
En cuanto a accidentes refiere la madre que nunca se ha accidentado.

## Actitudes y preferencias religiosas

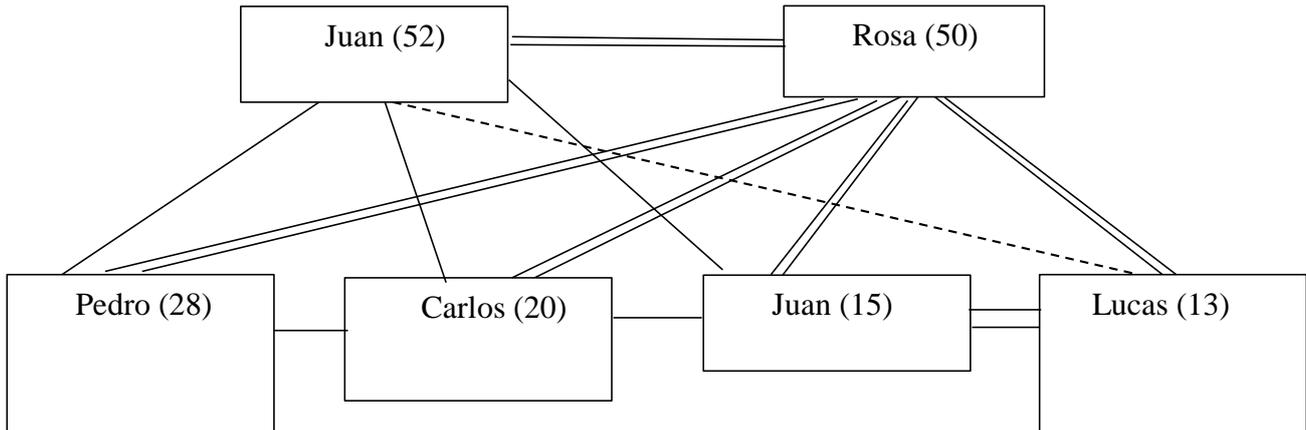
Lucas refiere que desde niño va a la iglesia con su madre, antes de la pandemia asistía a escuela dominical, refiere que le gustaba ir a veces hay virtualmente reuniones los domingos.

## Historia familiar

### Estructura familiar



### Interacción familiar



La relación con su madre es adecuada, Lucas refiere que ella le engríe, le compra cosas, le da cariño, la relación con su padre es distante, lo considera muy estricto y renegón, a veces le da miedo su forma de actuar cuando algo no está bien, en cuanto a la relación con sus hermanos refiere que con los mayores no es muy buena porque siente que ya son muy grandes y no lo entienden, sin embargo, con el hermano que es su contemporáneo juega y se divierte,

se llevan bien. Lucas refiere que sus padres se llevan bien, su padre trata bien a la madre, aunque antes le hablaba fuerte, ahora le da regalos en su cumpleaños o a veces cualquier otro día, pero con los hijos es gritón.

### **2.5.3 Instrumentos psicológicos aplicados**

#### **Informe Psicológico del Inventario de Ansiedad de Beck**

##### **Datos de filiación:**

Nombre y Apellidos : Lucas  
Edad : 13 años ,9 meses  
Lugar y fecha de nacimiento : Lima 4 de junio del 2007  
Grado de Instrucción : Segundo de secundaria  
Fecha de evaluación : Febrero del 2021  
Fecha del informe : Marzo del 2021

##### **Motivo de evaluación:**

-Evaluación del estado de ansiedad.

##### **Técnicas e instrumentos aplicados:**

-Entrevista psicológica  
-Cuestionario del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

##### **Resultados:**

En las áreas: Subjetiva, Neurofisiológica y autónoma los resultados es ansiedad severa.

**Conclusiones:**

MAM presenta ansiedad severa por lo que su estado de bienestar está afectado.

**Recomendaciones:**

Entrenamiento en habilidades de afrontamiento como Relajación muscular con la técnica de Jacobson, Respiración diafragmática, entre otras.



6 de marzo del 2021

Sara N. Linares Micha

CPP 7052

**Informe Psicológico Registro de Opiniones – Forma A****Datos de filiación:**

Nombre y Apellidos : Lucas

Edad : 13 años ,9 meses

Lugar y fecha de nacimiento : Lima 4 de junio del 2007

Grado de Instrucción : Segundo de secundaria

Fecha de evaluación : Febrero del 2021

Fecha del informe : Marzo del 2021

**Motivo de evaluación:**

-Evaluación de creencias irracionales.

**Técnicas e instrumentos aplicados:**

-Entrevista psicológica, Registro de opiniones forma A

**Resultados:**

Creencia irracional A: 9 B: 9 C: 6 D: 8 E: 8 F: 9

Inconsistencia: 1, es válida, hay consistencia

**Interpretación:**

Lucas busca el reconocimiento y aprobación de sus seres queridos, especialmente de sus padres, siempre está pendiente de ser aprobado para que sus padres estén satisfechos y ello influya positivamente en la salud de su madre, está pendiente de hacer las cosas bien, ser muy competente por ello evita situaciones.

**Conclusiones:**

Lucas presenta las siguientes creencias irracionales: “Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno”, “Debemos ser absolutamente competentes”, “Ciertos actos deben ser castigados”, “Es terrible que la gente y las cosas no sean como uno quiere”, “La infelicidad humana es causada por los hechos externos y los demás”

**Recomendaciones:**

Entrenamiento en reestructuración cognitiva para cambiar sus creencias irracionales por otras más racionales.



6 de marzo del 2021

Sara N. Linares Micha

CPP 7052

**Informe Psicológico Test de personalidad de Eysenck forma A****Datos de filiación:**

Nombre y Apellidos : Lucas

Edad : 13 años ,9 meses

Lugar y fecha de nacimiento : Lima 4 de junio del 2007

Grado de Instrucción : Segundo de secundaria

Fecha de evaluación : Febrero del 2021

Fecha del informe : Marzo del 2021

**Motivo de evaluación:**

-Perfil de personalidad.

**Técnicas e instrumentos aplicados:**

-Entrevista psicológica

-Inventario de Personalidad de Eysenck Forma A

**Resultados:**

Área introversión - extraversión: E: 5 Altamente introvertido. Los rasgos que tipifican al niño introvertido son: Tienen más facilidad para el aprendizaje en general, conserva y persiste en patrones de respuestas adquiridas, es más retraído socialmente, reservado, cuidadoso y escrupuloso, otorga mucho valor a la ética, poca variabilidad en sus actividades, planifica de antemano lo que lleva a cabo, se motiva para rendir mucho más frente al elogio y la recompensa.

Área Neuroticismo N: 19 Tendencia a la inestabilidad. Rasgos que tipifican al inestable: Inadecuada organización de su personalidad y no tolera situaciones de conflicto, baja tolerancia a la frustración, en sus relaciones sociales revelan rigidez extrema, son sujetos inquietos, ansiosos, irritables, persevera y denota rigidez al enfocar los distintos puntos de vista o al actuar en diferentes situaciones, son sujetos susceptibles, inseguros y con sentimiento de minusvalía, dependientes de los demás y sugestionables.

Área de veracidad: L:7 Alto, pero no invalida la prueba. Los sujetos que obtienen puntaje alto en esta dimensión demuestran con ello la tendencia a no querer ser vistos como realmente son.

**Conclusiones:**

Lucas es un adolescente que presenta conductas de aislamiento, es retraído, reservado, amistades selectivas, gusta del silencio, se afecta intensamente ante situaciones que le parecen amenazantes, muy sensible. Emocionalmente lábil. No tolera situaciones de conflicto, dependiente de los demás y sugestionable. Desea siempre ser aprobado por los demás y aceptado por lo que en la escala de mentiras puntúa alto.

**Recomendaciones:**

Por su perfil de personalidad se sugiere dotar a Lucas de habilidades de afrontamiento como entrenamiento en Reestructuración Cognitiva, Relajación muscular con la técnica de Jacobson, Respiración diafragmática, técnicas de tolerancia a la frustración y al malestar, entre otras.



6 de marzo del 2021

Sara N. Linares Micha

CPP 7052

**2.5.4. Análisis e interpretación de resultados de la evaluación psicológica, conclusión diagnóstica y recomendaciones****Informe Psicológico Integrado****Datos de filiación:**

Nombre y Apellidos : Lucas

Edad : 13 años ,9 meses

Lugar y fecha de nacimiento: Lima 4 de junio del 2007

Grado de Instrucción : Segundo de secundaria

N° de hermanos : Cuatro

Fecha de evaluación : Febrero del 2021

Fecha del informe : Marzo del 2021

Lugar de entrevista : Consulta privada

Informantes : El usuario y madre

**Motivo de consulta:**

La madre refiere que hace más de seis meses ve a su hijo muy ansioso: "Mi hijo se aísla, para en su cuarto, no comparte momentos con la familia, tartamudea, tiene tics nerviosos, cuando está con nosotros o llega visitas transpira mucho, se agita, dice que le duele la cabeza y no quiere estar en clase ahora virtual".

Lucas refiere que presenta un malestar constante, experimentando ansiedad casi todo el tiempo, particularmente cuando está con su familia, recibe visitas o participa en clases virtuales. En estas situaciones piensa: "debo hacer las cosas bien, sino mi madre puede empeorar", empieza a presentar sudoración excesiva en manos y cabeza, tics en los ojos y en la boca, taquicardia, hormigueo en el brazo, temblor en las piernas y si alguien le habla suele responder de mal humor. Asimismo, refiere bajo ánimo (apatía) para hacer sus cosas, se frustra al pensar que no puede hacer las cosas bien, no puede concentrarse en clases y le dificulta dormir. En tales situaciones se retira a su cuarto y prefiere estar solo, refiriendo que siente alivio y bienestar.

**Técnicas e instrumentos utilizados:**

- . Observación Psicológica
- . Entrevista Psicológica
- . Lista de cotejo de ansiedad generalizada (DSM-V)
- . Escala de ansiedad de Beck (2011).
- . Registro de opiniones de Albert Ellis - ROAE (1986).
- . Test de personalidad de Eysenck forma A

**Resultados de la evaluación psicológica:**

Lucas presenta personalidad altamente introvertida con tendencia a la inestabilidad, lo que le caracteriza por tener conductas de aislamiento, es retraído, reservado, se afecta intensamente ante situaciones que le parecen amenazantes, muy sensible. Emocionalmente lábil. No tolera situaciones de conflicto, dependiente de los demás y sugestionable. Desea siempre ser aprobado por los demás, sus pensamientos lo llevan a tener creencias irracionales muy demandantes, hay en él una marcada sintomatología ansiosa, frecuentemente experimenta tensión, miedo y conductas evitativas y de escape para no afrontar los síntomas ansiosos.

**Impresión diagnóstica:**

Teniendo como referencia los criterios Diagnósticos del DSM V, podemos inferir que estamos ante un caso de Trastorno de Ansiedad Generalizada 302,02 (F41. 1) .

**Recomendaciones:**

Iniciar Tratamiento Psicológico con la Terapia Cognitivo Conductual para el manejo de la Ansiedad Generalizada.

13 de marzo del 2021



Sara N. Linares Micha

CPP 7052

## **2.6 Intervención**

### **2.6.1 Objetivos terapéuticos**

#### **Objetivo general**

Disminuir los niveles de ansiedad generalizada en un adolescente a través de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual.

#### **Objetivos específicos**

Disminuir las creencias y pensamientos desadaptativos utilizando la técnica de reestructuración cognitiva.

Reducir el patrón de respuestas fisiológicas y motoras con la técnica de desarrollo de habilidades de afrontamiento utilizando las estrategias de relajación progresiva de Jacobson y respiración abdominal.

Extinguir la ocurrencia de escape y evitación con la técnica de exposición con prevención de respuestas.

## 2.6.2 Plan de intervención

### Diagnóstico Tradicional

#### Tabla 1

*Criterios según el DSM V para el Trastorno de ansiedad generalizada 300.02 (F41.1)*

CRITERIOS DSM V	Presentes en el paciente
A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sacar bajas notas.</li> <li>- Trabajar en grupo y ser criticado.</li> <li>- Hacer algo malo y ello influya en la salud de su madre.</li> </ul> </li> </ul>
B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- La crítica por su conducta.</li> <li>- Que su madre empeore.</li> <li>- Que todo le vaya mal.</li> <li>- Siente miedo y ansiedad</li> </ul> </li> </ul>
C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):	
Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem.	
1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se siente nervioso.</li> </ul>
2. Fácilmente fatigado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se cansa rápidamente cuando realiza actividades.</li> </ul>

3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
  4. Irritabilidad.
  5. Tensión muscular.
  6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés posttraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- Dificultad para realizar sus tareas, tarda en comprender, cuando expone se olvida algunas partes.
  - Tiene cólera cuando se enfrenta a situaciones estresantes y no puede controlarlo.
  - Se siente tenso, dolor de cabeza.
  - Tarda en conciliar el sueño por los pensamientos de preocupación
  - Conducta evitativa presente:  
Come rápido cuando está con su familia y se va a su cuarto.  
Procura entrar lo menos posible a clases virtuales.
  - Sus miedos están basados en suposiciones
  - Inicio en la adolescencia, a raíz de la enfermedad de la madre.
-

**Tabla 2***Línea Base Registro de conducta: frecuencia*

Conducta Problema	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom	Total
Evita estar con sus familiares por miedo a cometer algo malo y se va a su cuarto.	4	3	3	3	4	3	4	24
Evita entrar a clase virtual.	2	2	2	2	2			10
Evita trabajar en grupo.	2	2	2	2	2			10
Llora cuando se encuentra solo, en su cuarto acompañado de pensamientos irracionales.	1	2	2	1	1	2	2	11
Mueve la pierna constantemente.	5	4	6	5	4	5	6	35
Tics nerviosos en ojos y boca.	5	6	4	6	7	7	6	41
Responde de manera enérgica	3	2	2	2	2	2	2	15



**Tabla 4***Línea Base, Registro de pensamientos del adolescente*

Pensamientos	Fase	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom	Total
“Debo hacerlo todo bien para que mi madre esté bien”	Pre	9	8	9	9	8	6	8	57
“Debo ser el ejemplo en todo”	Pre	8	7	9	7	8	7	8	54
“Si hago algo mal mi madre se preocupará y puede empeorar “	Pre	9	8	7	8	9	8	7	56
“Tengo miedo que se enferme más”	Pre	8	9	7	9	8	7	8	56
“Tengo que portarme bien, se darán cuenta que estoy fallando”	Pre	8	8	9	8	8	9	8	58
“Al estar solo en mi cuarto, aunque falle en algo nadie me verá, me sentiré mejor”	Pre	9	8	7	7	8	8	10	57
“ Qué cólera estar así”	Pre	8	9	8	10	9	8	9	61
“Si saco bajas notas mi padre se enojará y mi madre puede empeorar“	Pre	10	8	9	9	9	7	7	59
“Que difícil son las clases, no puedo concentrarme”	Pre	9	9	8	8	8	8	9	59
“Y si me sale mal lo que hago mis compañeros se enojarán y le dirán a la maestra y sacaré baja nota”	Pre	9	8	9	7	9	7	8	57
“Si no entro a clase no haré trabajo grupal y tampoco la profesora me hará preguntas”	Pre	8	9	9	9	8	6	7	56
“ Estoy muy ansioso”	Pre	9	8	9	7	9	7	9	58

**Tabla 5***Línea Base Registro de Opiniones, Forma A*

Escala	Creencia Irracional	Puntaje alcanzado	Racional	Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	9	0-3	4	5	6-10
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	9	0-2	3-4	5	6-10
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	6	0-2	3	4	5-10
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	8	0-2	3	4	5-10
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.	8	0-1	2-3	4	5-10
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	7	0-2	3	4	5-10

**Tabla 6***Diagnóstico Funcional*

Exceso	Debilitamiento	Déficit
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lloro cuando se encuentra solo, acompañado de pensamiento de preocupación por la salud de la madre.</li> <li>- Ansiedad al entrar a clase vía virtual y sacarse baja nota.</li> <li>- Ansiedad al trabajar en grupo y hacerlo mal.</li> <li>- Evita compartir momentos con la familia por temor a ser criticado.</li> <li>- Se irrita fácilmente ante situaciones estresantes.</li> <li>- Siente cólera ante situaciones que no puede controlar.</li> <li>- Se fatiga a menudo cuando realiza actividades habituales como limpiar su cuarto.</li> <li>- Ansiedad Medidas en SUD Ansiedad 9/10. Irritación 7/10, Temor 9/10 ,Cólera 8/10</li> <li>- Llanto, dolor de cabeza, palpitaciones, transpiración palmar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poca capacidad para expresar verbalmente sus sentimientos.</li> <li>- Disminución de las habilidades de afrontamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta tolerancia a la frustración</li> </ul>
<p>Pensamientos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “ Debo ser el ejemplo en todo”</li> <li>- “ Debo hacerlo todo bien para que mi madre esté bien”</li> <li>- “ Que difícil son las clases, no puedo concentrarme”</li> <li>- “ Si saco bajas notas mi padre se enojará y mi madre puede empeorar “</li> </ul>		

**Tabla 7***Análisis Funcional*

Estimulo discriminativo	Conducta	Estímulo Reforzador
		Estímulos consecuentes
Interno	Motor	Refuerzo externo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensar en la salud de su madre.</li> <li>- Pensar que si hace algo malo su madre se preocupará y empeorará.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Va a su cuarto</li> <li>- Llora</li> <li>- Responde en voz alta</li> <li>- Come muy rápido</li> <li>- Movimiento de las piernas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al estar en su cuarto solo, siente tranquilidad y se reduce el malestar de la ansiedad.</li> <li>- Al evitar asistir a clases virtuales ya no tiene que hacer trabajos en grupo y se reduce el malestar (los síntomas fisiológicos).</li> </ul>
Externo	Emocional	Refuerzo interno (pensamientos)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La enfermedad de la madre</li> <li>- Cuando está con su familia o visitas en la sala o comedor.</li> <li>- Cuando está en clases virtuales.</li> <li>- Al pedirle que trabaje en grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad 9/10, irritabilidad 7/10, cólera 10/10 y temor 9/10</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Al estar solo en mi cuarto, aunque falle en algo nadie me ve, que bien se siente”</li> <li>- “Si no entro a clase no haré trabajo grupal y tampoco la profesora me hará preguntas, entonces no fallaré en nada, mi padre ya no renegará, mi madre estará bien”</li> </ul>
	Fisiológico	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dolor de cabeza, palpitaciones, tic en boca y ojos</li> <li>- transpiración de las manos, adormecimiento de su brazo, tarda en conciliar el sueño, temblor en manos y piernas.</li> </ul>	
	Cognitivo	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Debo ser el ejemplo en todo”</li> <li>- “Debo hacerlo todo bien para que mi madre esté bien”</li> <li>- “Que difícil son las clases, no puedo concentrarme”</li> <li>- “Si saco bajas notas mi padre se enojará y mi madre puede empeorar”</li> </ul>	

**Tabla 8***Análisis Cognitivo*

Situación (A)	Pensamiento (B)	Emoción y Conducta (C)
Pensar en la salud de su madre	“Debo hacerlo todo bien para que mi madre esté bien”	Ansiedad 9/10 Temor 9/10 Mueve mucho la pierna, llora
Pensar que si hace algo malo su madre se preocupará y empeorará	“Debo ser el ejemplo en todo” “Si hago algo mal mi madre se preocupará y puede empeorar “ “Tengo miedo que se enferme más”	Ansiedad 9/10 Temor 9/10 Camina de un lado a otro.
Cuando está con su familia en la sala o comedor	“Tengo que portarme bien, se darán cuenta que estoy fallando” “Al estar solo en mi cuarto, aunque falle en algo nadie me verá, me sentiré mejor” “ Qué cólera estar así”	Ansiedad 9/10 Iritación 7/10 Cólera 8/10 Va a su cuarto y al estar en su cuarto solo , siente tranquilidad y se reduce el malestar
Cuando está en clases virtuales.	“Si saco bajas notas mi padre se enojará y mi madre puede empeorar“ “Que difícil son las clases, no puedo concentrarme”	Ansiedad 9/10 Iritación 7/10 Tarda en ingresar a clases
Cuando la profesora le pide que trabaje en grupo	“Y si me sale mal lo que hago mis compañeros se enojarán y le dirán a la maestra y sacaré baja nota” “Si no entro a clase no haré trabajo grupal y tampoco la profesora me hará preguntas” “ Estoy muy ansioso”	Ansiedad 9/10 Iritación 7/10 Temor 9/10 No asiste a clases virtuales, se reduce el malestar.

### 2.6.3 Programa de intervención

#### a. Etapa informativa

**Tabla 9**

*Sesiones de Psicoeducación*

Sesiones	Actividad	Objetivos	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Observaciones
N° 1	“Saludo”	Reforzar la empatía y establecer las reglas para las sesiones de terapia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se le dio la bienvenida a la primera sesión de terapia.</li> <li>- Se le preguntó cómo le fue durante la semana.</li> </ul>		
	“Acuerdos”	Establecer horario semanal de las sesiones y las reglas de las mismas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se fijaron los días sábados para las sesiones.</li> <li>- Hora acordada 4 pm</li> <li>- Apagar celular durante la sesión.</li> <li>- Cumplir con las tareas y ejercicios que se dejen para la semana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hojas bond</li> <li>- lapiceros</li> </ul>	Se firmó el contrato conductual y el consentimiento informado.
N° 2	Explicación sobre el trastorno de ansiedad generalizada y sus implicancias psicológicas.	Absolver dudas tales como: ¿qué es lo que me pasa?, ¿tiene “solución”?, ¿solamente me sucede a mí o a más chicos?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se fomentó a que el paciente comparta sus vivencias sobre cómo ha experimentado la ansiedad generalizada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso de casos comunes como ejemplos.</li> <li>- pizarra</li> </ul>	

		- Se conversó sobre el tema explicándole de una manera concisa lo que es el trastorno de ansiedad generalizada y como este afecta la vida de muchas personas al igual que a él.	- Video - terapia: Ansiedad generalizada en 5 minutos. (Fuente : YouTube)
Explicación del tratamiento bajo el enfoque cognitivo conductual	Explicarle lo que es la terapia cognitiva conductual.  Informar sobre el modelo CC Y Ansiedad generalizada.	- Se enfatizó en la influencia que tienen los pensamientos sobre las emociones y el comportamiento. - Se tomó como referencia la información obtenida en la entrevista, para que mediante ejemplos identifique aquellas situaciones en las que ha experimentado malestar a causa de los pensamientos distorsionados.	- pizarra - video- terapia: ¿Qué es la terapia cognitivo conductual?  (Fuente: youtube)
Resumen	Reforzar la información brindada  Psicoeducación	Preguntas sencillas y cortas sobre lo conversado en la sesión.	Se le brindan los links de los videos de la sesión para que al visualizarlos se fortalezca el aprendizaje.

---

## b. Etapa de entrenamiento

**Tabla 10**

*Entrenamiento en las técnicas de respiración y relajación*

Sesiones	Actividad	Objetivos	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Observaciones
N° 3	Breve resumen de los conceptos discutidos la primera sesión	Consolidar el conocimiento del trastorno de ansiedad generalizada y la terapia cognitivo conductual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con ayuda de una figura de una persona con ansiedad generalizada se le pidió que vaya colocando las características que recuerde y tratara de darle un concepto con sus propias palabras.</li> <li>- Se le hicieron preguntas concretas sobre lo que recordaba de la terapia cognitiva conductual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pizarra</li> <li>- lamina de una persona con ansiedad generalizada</li> <li>- psicoeducación</li> </ul>	
N° 4	Técnica de respiración abdominal	Lograr el control voluntario de la respiración para que pueda realizarlo en cualquier momento, sobre todo en las situaciones de mayor ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se le enseñó a dirigir el aire inspirado hacia la parte inferior y media de los pulmones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Música relajante de fondo</li> </ul>	Cada semana el paciente entrega el registro de respiración.

N° 5-6	Técnica de relajación muscular de Jacobson	Disminuir el nivel de tensión muscular, las respuestas fisiológicas y somáticas de la ansiedad generalizada	<p>Grupos musculares a trabajar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- manos</li> <li>- brazos</li> <li>- hombros</li> <li>- cuello</li> <li>- espalda</li> <li>- rostro</li> <li>- abdomen</li> <li>- pies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- música relajante de fondo.</li> <li>- separata con la descripción de los ejercicios</li> </ul>	Paciente presenta la ficha de registro de relajación semanal
N° 7	Resumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzar la información brindada</li> <li>- Retroalimentación</li> </ul>	Preguntas sencillas y cortas sobre las técnicas aprendidas.	Se le facilitó el video sobre la relajación muscular progresiva de Jacobson (sesión guiada con instrucciones)	Fuente: youtube

---

### c. Etapa ejecutiva

**Tabla 11**

*Técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de sustituir creencias y pensamientos desadaptativos por pensamientos racionales alternativos*

Sesiones	Actividad	Objetivos	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Observaciones
N°8-9	Breve dialogo sobre las tareas que se dejaron para practicar durante la semana.	Fortalecer la importancia de que los practique diariamente.  Reforzar la capacidad del paciente para identificar los pensamientos, emociones y respuestas conductuales que se dan ante un evento activador.  Mejorar la habilidad de debatir los pensamientos negativos.	- Se hicieron preguntas abiertas como sobre la práctica semanal de la técnica de relajación.  - Se le preguntó si tuvo algún inconveniente para llenar las fichas de registro.		Paciente entrega el registro de relajación.  Proporciona:  - Registro de pensamientos des adaptativos.
	Reestructuración Cognitiva a través de los principios A-B-C-D de la terapia racional emotiva conductual (TREC)	Identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos.	- Primero anotaba las situaciones en que aparecían los pensamientos distorsionados y la emoción que lo acompañaba en términos de SUD,	Fichas: trabajando con el método A-B-C-D.  Video-Terapia: Aprende a	

		en una escala del 1 al 10.	debatir tus pensamientos:”
		- Así teníamos el A-B-C y posteriormente pasamos a debatirlas(D) teniendo el siguiente esquema:	Aprende a debatir tus pensamientos: “reestructuración cognitiva”
		- Preguntas aclaratorias	
		- Preguntas acerca de un tema	
		- Preguntas en torno a supuestos	
		- Preguntas sobre la evidencia o razón	
		- Preguntas respecto a implicaciones y consecuencias	
		- Preguntas respecto a puntos de vista	
Técnica del debate socrático	Favorecer que el paciente pueda ser capaz de profundizar en sus propios pensamientos y reflexiones con el fin de que desarrolle su propio	Se formularon varias preguntas acerca sus pensamientos des adaptativos de forma que el paciente vaya construyendo por sí mismo una	Video terapia: - Terapia racional emotivo conductual (TREC)

	conocimiento por sí mismo.	conceptualización nueva.	- Análisis de música con contenido irracional.
Técnica de las columnas paralelas	Mejorar la habilidad de debatir los pensamientos negativos.	Se le enseñó a trabajar el método A-B-C-D en las columnas paralelas.	Entrega el registro de columnas paralelas.
Resumen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzar la información brindada</li> <li>- Retroalimentación</li> </ul>	Preguntas sencillas y cortas sobre la técnica aprendida.	Desarrollar la ficha del método A-B-C-D y columnas paralelas.

---

**Tabla 12**

*Técnicas utilizadas para alcanzar el objetivo específico de extinguir la ocurrencia de escape y evitación con la técnica de exposición con prevención de respuestas*

Sesiones	Actividad	Objetivos	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Observaciones
N° 10	Técnica de exposición con prevención de respuesta	de Lograr que el adolescente se reúna con su familia por más tiempo.	Se explica el mantenimiento de la ansiedad y de la conducta de evitación y escape en términos de la triple relación de contingencia (Ed-R-Er)  Se le enseña el procedimiento de la técnica de exposición con prevención de respuesta utilizando: relajación muscular, respiración abdominal y reestructuración cognitiva.	Registros de conducta y de relajación.	
N° 11	Técnica de exposición con prevención de respuesta	de Conseguir que el adolescente ingrese a sus clases virtuales y se mantenga lo que dure de ellas.	Se hace repaso de lo explicado en la sesión N°11 y se refuerzan las técnicas utilizadas.		Usuario entrega registros conductuales.

**Tabla 13***Sesión de cierre de las intervenciones*

Sesiones	Actividad	Objetivos	Desarrollo de la actividad	Recursos materiales	Observaciones
N° 12	Repaso de las técnicas aprendidas	Reforzar estrategias aplicadas y logros obtenidos	Se realiza una autoevaluación respecto a los cambios que ha tenido el usuario desde que empezó con la terapia hasta la fecha.	- Pizarra - Plumones	Entrega de autorregistros para su llenado.

### III. Resultados

#### 3.1 Resultados pre y post intervención

**Tabla 14**

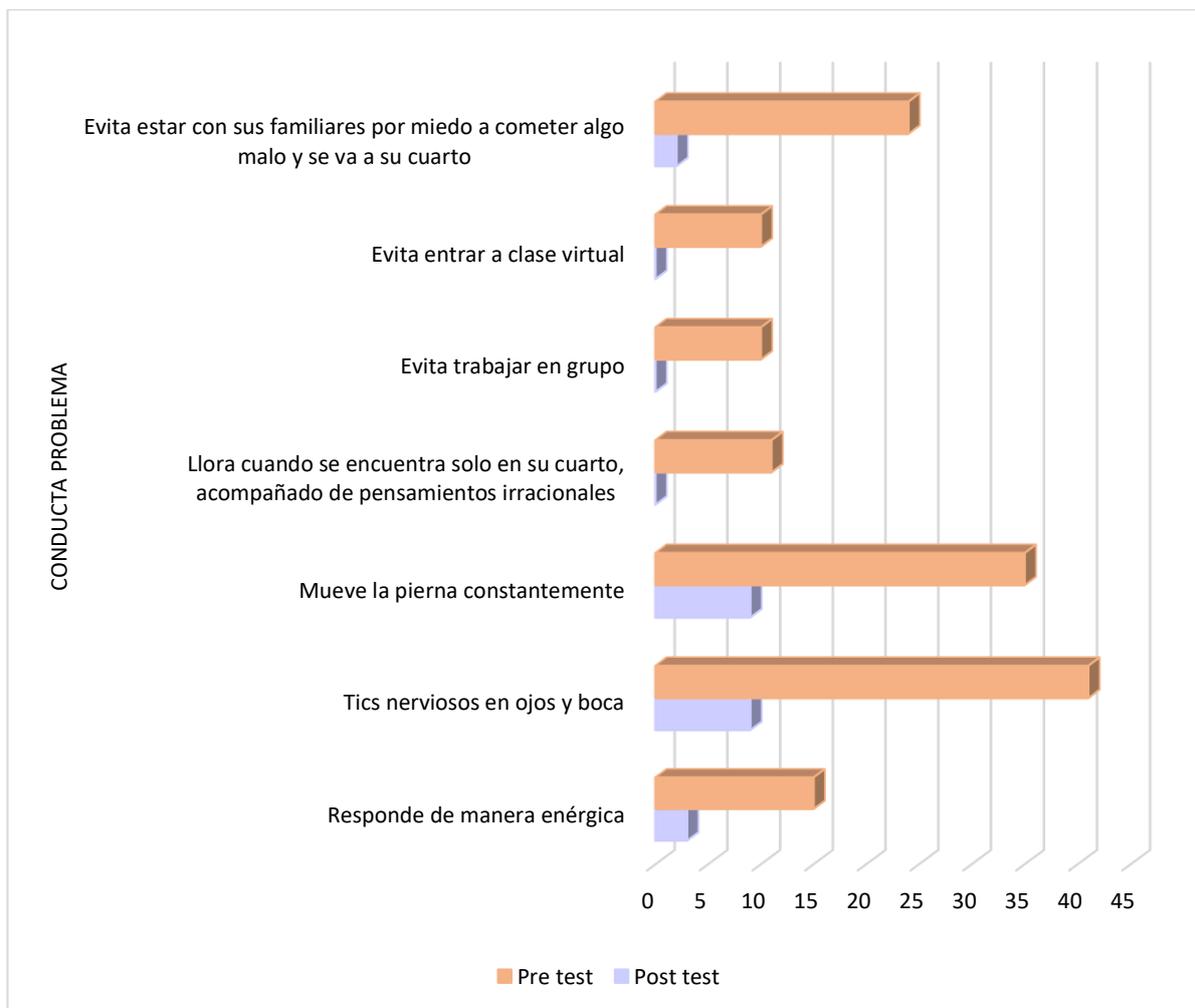
*Línea Base Registro de conducta: frecuencia, pre y post test*

Conducta Problema	Fase	Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom	Total
Evita estar con sus familiares por miedo a cometer algo malo y se va a su cuarto.	Pre	4	3	3	3	4	3	4	24
	Post	1	1	-	-	-	-	-	2
Evita entrar a clase virtual.	Pre	2	2	2	2	2	-	-	10
	Post	-	-	-	-	-	-	-	-
Evita trabajar en grupo	Pre	2	2	2	2	2	-	-	10
	Post	-	-	-	-	-	-	-	-
Llora cuando se encuentra solo, en su cuarto acompañado de pensamientos irracionales	Pre	1	2	2	1	1	2	2	11
	Post	-	-	-	-	-	-	-	-
Mueve la pierna constantemente	Pre	5	4	6	5	4	5	6	35
	Post	2	1	1	1	1	2	1	9
Tics nerviosos en ojos y boca	Pre	5	6	4	6	7	7	6	41
	Post	2	1	1	1	2	1	1	9
Responde de manera enérgica	Pre	3	2	2	2	2	2	2	15
	Post	-	-	1	-	1	1	-	3

En la tabla 14, se observa una disminución de la frecuencia de las conductas problema: “Evita estar con sus familiares por miedo a cometer algo malo y se va a su cuarto” siendo 24 en el pre test y 2 en el post test,” Evita entrar a clase virtual” y “Evita trabajar en grupo” ambos teniendo un total de 10 en el pre test y 0 en post test, “Llora cuando se encuentra solo, en su cuarto acompañado de pensamientos irracionales” siendo 11 en el pre y 0 en el post test, “Mueve la pierna constantemente” siendo 35 en el pre test y 9 en el post test, “Tics nerviosos en ojos y boca” siendo 41 en el pre test y 9 en el post test y “Responde de manera enérgica” siendo 15 en el pre test y 3 en el post test.

**Figura 1**

*Línea Base Registro de conducta: frecuencia, pre y post test*



**Tabla 15**

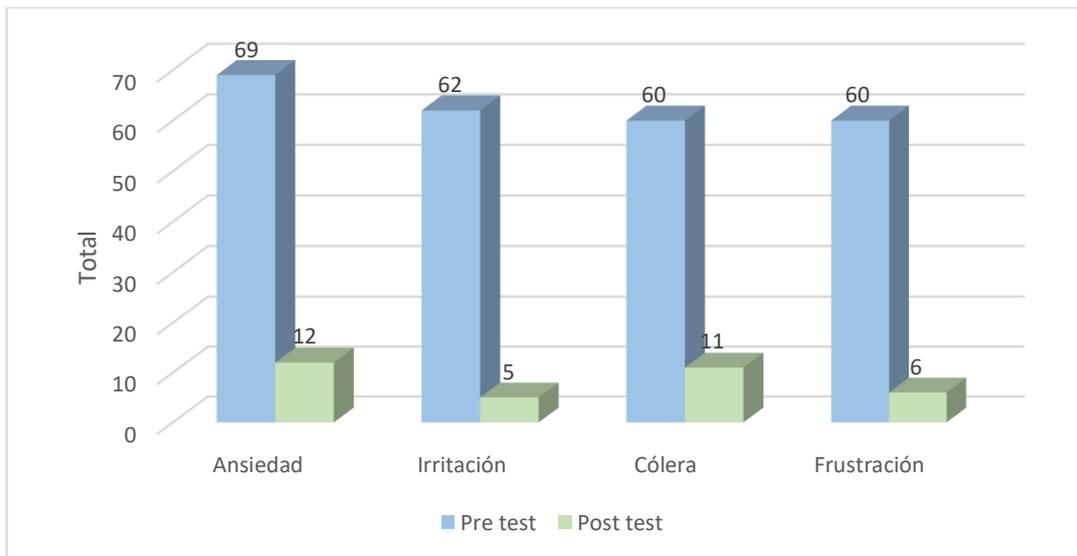
*Línea Base registro de frecuencia e intensidad (1-10) de emociones del adolescente, pre y post test*

Conducta	Fase	Frec/Intenc.	Lun	Mar	Mier	Jue	Vier	Sab	Dom	Total
Ansiedad (0-10)	Pre	F	10	10	9	10	10	10	10	69
	Post	F	2	2	3	1	1	1	2	12
	Pre	I	9	9	9	9	9	9	9	9
	Post	I	2	1	2	2	1	1	2	2
Irritación (0-10)	Pre	F	10	7	8	9	10	9	9	62
	Post	F	2	1	-	1	1	-	-	5
	Pre	I	7	7	7	7	7	7	7	7
	Post	I	1	1	-	1	1	-	-	1
Cólera (0-10)	Pre	F	9	9	8	8	8	9	8	60
	Post	F	2	2	1	2	-	1	-	11
	Pre	I	10	10	10	10	10	10	10	10
	Post	I	2	1	1	1	-	1	-	1
Frustración (0-10)	Pre	F	8	9	8	9	8	9	9	60
	Post	F	2	-	1	1	-	1	1	6
	Pre	I	8	8	8	8	8	8	8	8
	Post	I	1	-	1	1	-	1	1	1

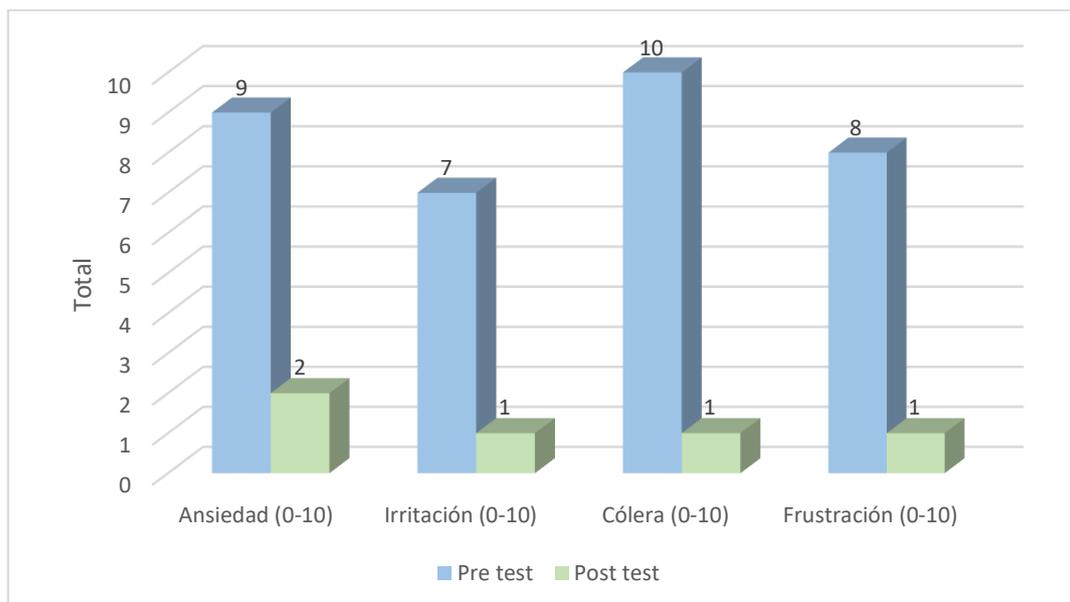
En la tabla 15, se aprecia que en el post test existe una reducción de la frecuencia e intensidad de la Ansiedad, Irritación, Cólera y Frustración, en comparación con los registros observados previos a la intervención.

**Figura 2**

*Línea Base registro de la frecuencia de emociones del adolescente, pre y post test*

**Figura 3**

*Línea Base del registro de la intensidad (1-10) de emociones del adolescente, pre y post test*



**Tabla 16**

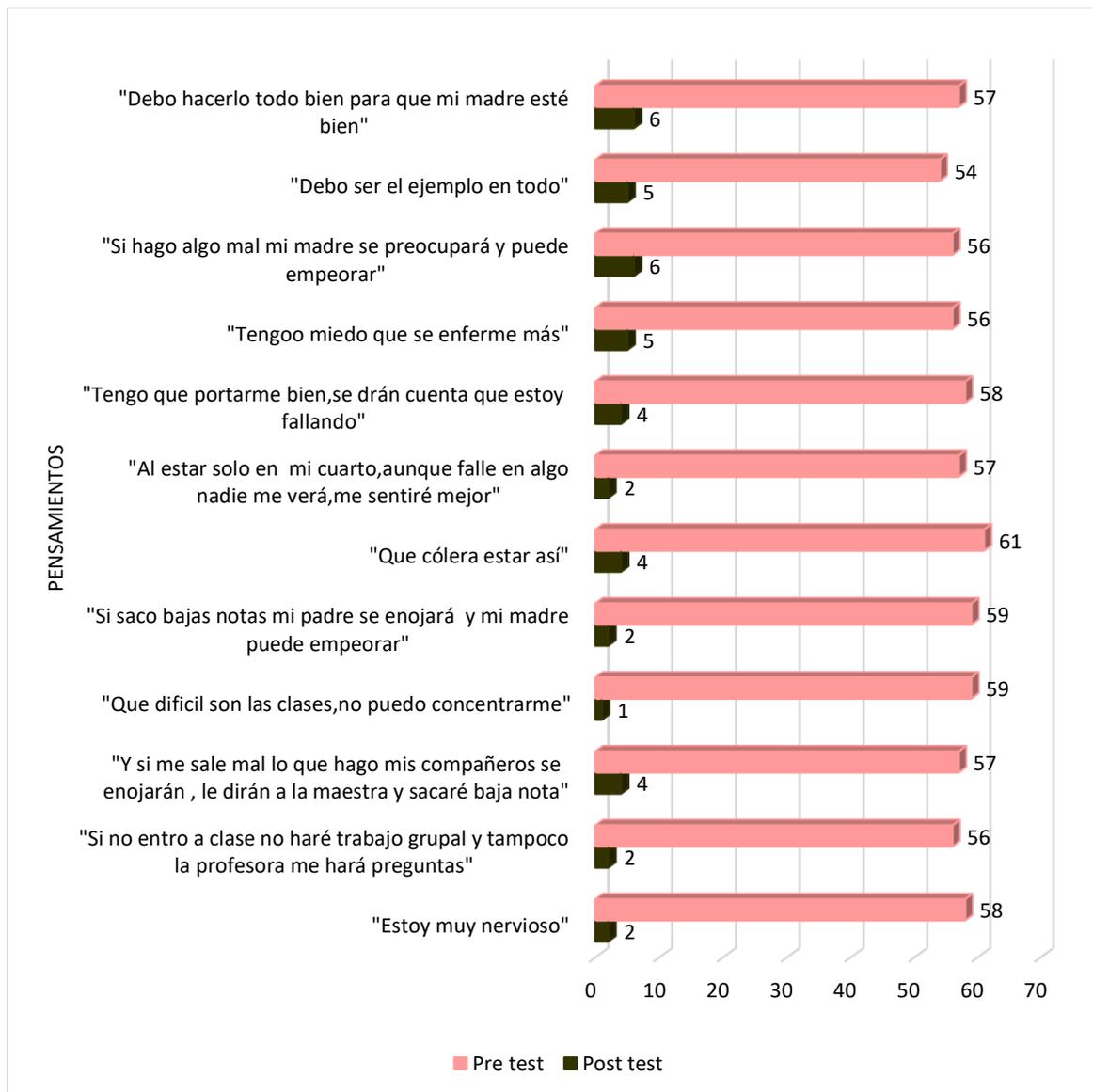
*Línea Base del registro de pensamientos del adolescente: frecuencia, pre y post test*

Pensamientos	Fase	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom	Total
“Debo hacerlo todo bien para que mi madre esté bien”	Pre	9	8	9	9	8	6	8	57
	Post	1	2	-	1	-	1	1	6
“Debo ser el ejemplo en todo”	Pre	8	7	9	7	8	7	8	54
	Post	1	-	-	2	1	1	-	5
“Si hago algo mal mi madre se preocupará y puede empeorar “	Pre	9	8	7	8	9	8	7	56
	Post	2	1	-	1	1	-	1	6
“Tengo miedo que se enferme más”	Pre	8	9	7	9	8	7	8	56
	Post	1	1	1	-	-	1	1	5
“Tengo que portarme bien, se darán cuenta que estoy fallando”	Pre	8	8	9	8	8	9	8	58
	Post	1	2	1	1	-	-	1	6
“Al estar solo en mi cuarto, aunque falle en algo nadie me verá, me sentiré mejor”	Pre	9	8	7	7	8	8	10	57
	Post	-	-	-	1	-	-	1	2
“ Qué cólera estar así”	Pre	8	9	8	10	9	8	9	61
	Post	-	1	1	1	-	-	1	4
“Si saco bajas notas mi padre se enojará y mi madre puede empeorar“	Pre	10	8	9	9	9	7	7	59
	Post	-	1	1	-	-	-	-	2
“Que difícil son las clases, no puedo concentrarme”	Pre	9	9	8	8	8	8	9	59
	Post	-	-	-	1	-	-	-	1
“Y si me sale mal lo que hago mis compañeros se enojarán y le dirán a la maestra y sacaré baja nota”	Pre	9	8	9	7	9	7	8	57
	Post	1	1	-	-	2	-	-	4
“Si no entro a clase no haré trabajo grupal y tampoco la profesora me hará preguntas”	Pre	8	9	9	9	8	6	7	56
	Post	-	1	-	1	-	-	-	2
“ Estoy muy ansioso”	Pre	9	8	9	7	9	7	9	58
	Post	-	-	1	-	1	-	-	2

En la tabla 16 observamos que los pensamientos demandantes y demasiado exigentes como “los deberías “y “tengo qué”, fueron los que disminuyeron más, seguidos de los pensamientos de minusvalía, como los “no podré” y los “y si”.

**Figura 4**

*Línea Base del registro de pensamientos del adolescente: frecuencia, pre y post test*



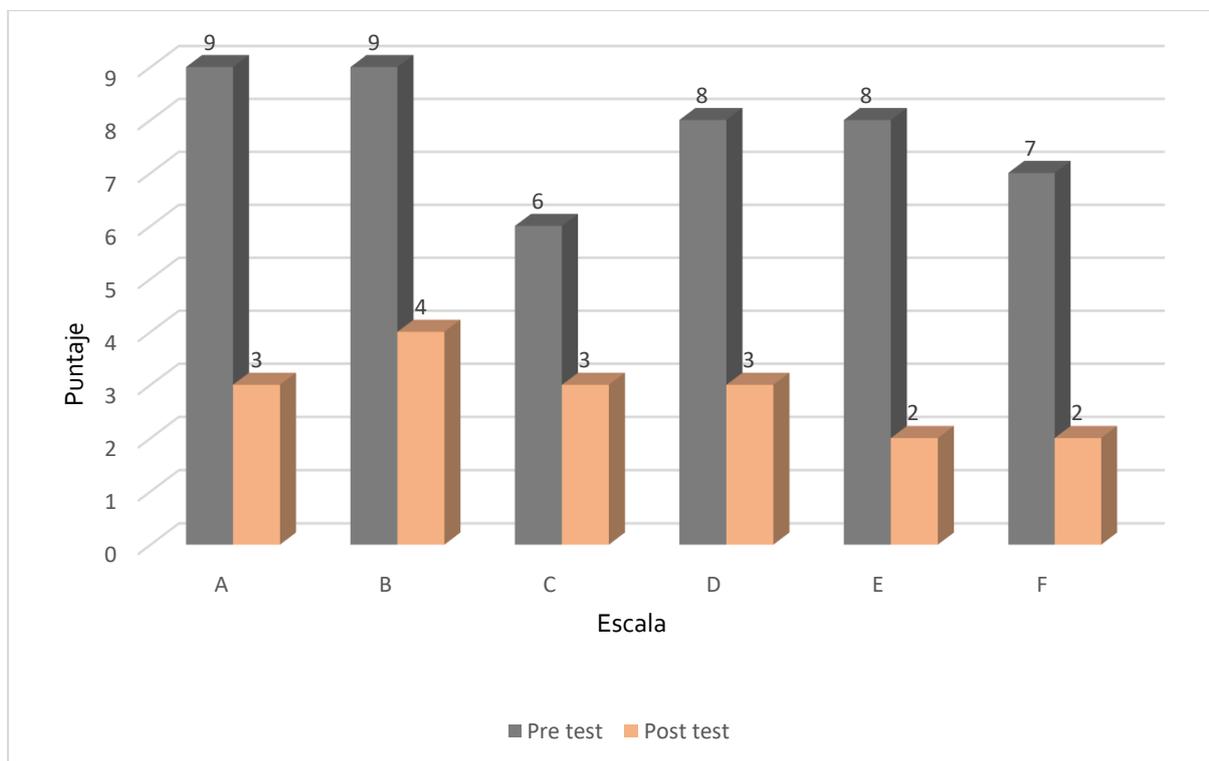
**Tabla 17***Línea Base Registro de Opiniones- Forma A, pre y post test*

Escala	Creencia Irracional	Racional	Tendencia Racional	Tendencia Irracional	Irracional	Fase	Puntaje alcanzado
A	Es necesario ser querido y aprobado por todas las personas significativas para uno.	0-3	4	5	6-10	Pre	9
						Post	3
B	Debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y eficaces en todos los aspectos posibles.	0-2	3-4	5	6-10	Pre	9
						Post	4
C	Ciertos actos no solo son malos, sino que son condenables o viles, y la gente que los realiza debería ser avergonzada y castigada.	0-2	3	4	5-10	Pre	6
						Post	3
D	Es terrible y catastrófico que las cosas y la gente no sean como a uno le gustaría que fueran.	0-2	3	4	5-10	Pre	8
						Post	3
E	La infelicidad humana es causada por los hechos externos, nos es impuesta por la gente y los acontecimientos.	0-1	2-3	4	5-10	Pre	8
						Post	2
F	Si algo afecto fuertemente en alguna ocasión nuestra vida, siempre seguirá afectando.	0-2	3	4	5-10	Pre	7
						Post	2

En la tabla 15 se aprecia que en la escala A, el puntaje alcanzado en el pre test fue de 9(Irracional), siendo el post test de 3(Racional), en la escala B el puntaje en el pre test fue de 9(Irracional), siendo el post test de 4(Tendencia racional), en la escala C el puntaje del pre test fue de 6(Irracional), siendo el post test de 3(Tendencia racional), en la escala D el puntaje en el pre test fue de 8(Irracional), siendo el post test de 3(Tendencia racional), en la escala E el puntaje del pre test fue de 8(Irracional), siendo el post test de 2(Tendencia racional) y en la escala F el puntaje de pre test fue de 7(Irracional), siendo el post test de 2(Racional).

### Figura 5

*Línea Base del Registro de Opiniones- Forma A, pre y post test*



**Tabla 18**

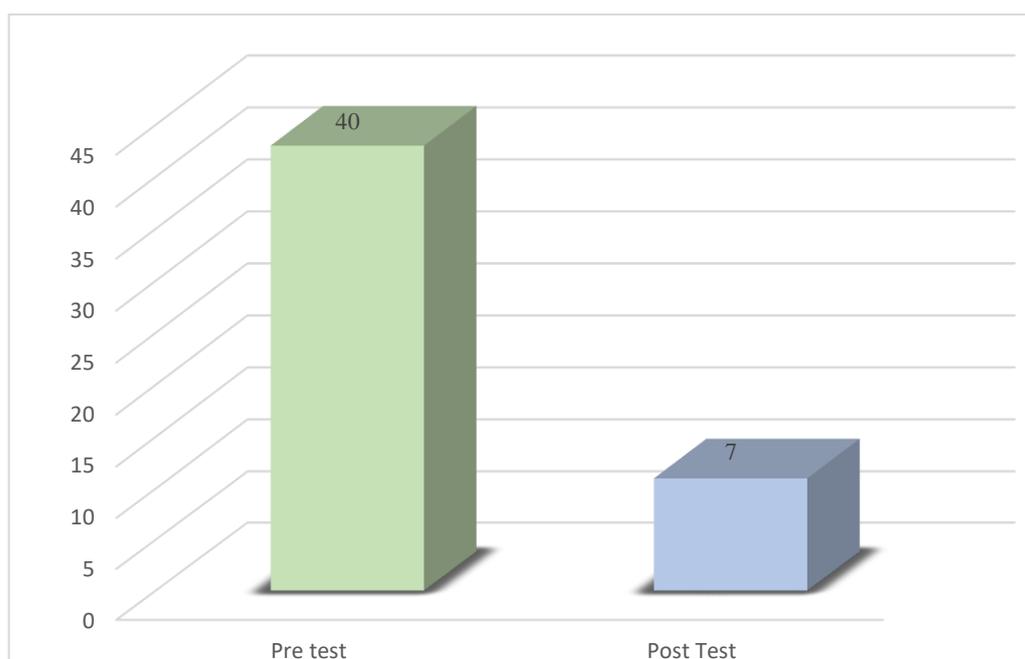
*Resultados comparativos del Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI)*

Evaluación	Resultados
Pre - Test	40
Post – Test	7

En la Tabla 18, se aprecia una disminución del nivel de ansiedad del adolescente, siendo 40 el puntaje en el pre test (nivel grave de ansiedad) y 7 en el post test (nivel mínimo de ansiedad).

**Figura 6**

*Resultados comparativos del Cuestionario de ansiedad de Beck (BAI)*



### 3.2 Discusión de resultados

El trastorno de Ansiedad en población juvenil ha ido incrementando en la última década, pasando de un 3,5% a un 4.1% en menores de 17 años, siendo 117 millones el número de personas que la padecen. (Child Mind Institute ,2018)

Asimismo, según la OMS (2020) se calcula que este trastorno es la sexta causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de 10 a 14 años de edad.

Al abordar el presente caso psicológico se planteó como objetivo general disminuir los niveles de ansiedad en un adolescente de 13 años, con el propósito de mejorar su funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual, haciendo uso de la Terapia Cognitivo Conductual para dicho caso.

Al culminar las doce sesiones de intervención se evidenció una disminución significativa de los niveles de ansiedad, pues inicialmente en el BAI, la línea base fue de 40 (Nivel grave de ansiedad) y en la línea base final, fue de 7 (Nivel mínimo de ansiedad); asimismo se observó una reducción de las emociones de cólera e irritabilidad y creencias irracionales, ya que éstas últimas abarcaban varias áreas de su vida(familia, estudios, amigos) siendo el contenido básico de la ansiedad eventos del futuro, por lo que se buscó sustituir las creencias y pensamientos desadaptativos por pensamientos racionales alternativos. Para ello se utilizó registros de sus pensamientos negativos a través de la técnica de columnas paralelas cambiándolos a positivos, ello permitió al adolescente analizar sus pensamientos de manera más racional y objetiva, siendo esto reforzado por Rivadeneira et al. (2012) quienes afirman que trabajar en los registros “permite al paciente formar de modo práctico las primeras nociones del modelo cognitivo y le enseña que lo que piensa influye en las emociones que experimenta”.

Por otro lado, hubo una reducción de los síntomas fisiológicos de la ansiedad, siendo posible gracias a las técnicas de respiración abdominal y la relajación muscular progresiva de Jacobson (resumida). También, disminuyeron las ocurrencias de escape y evitación con la técnica de exposición con prevención de respuestas, la cual ayudó al adolescente a enfrentar sus miedos.

En relación con los trabajos realizados por Noguera (2018) y Padilla (2014), sus resultados coinciden con el presente estudio de caso, ya que se logró una disminución de los síntomas de ansiedad a través de la implementación de técnicas de relajación, sustitución de pensamientos irracionales por unos más adaptativos y el uso de estrategias de afrontamiento funcionales.

De esta manera se corrobora que el uso de la terapia cognitiva conductual tiene resultados positivos en los casos de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada.

### **3.3 Seguimiento**

Después de tres semanas del término del proceso terapéutico, el usuario manifestó que se reunía de manera más frecuente con su familia, ingresaba a clases virtuales y participaba activamente, los síntomas ansiosos disminuyeron y los controló utilizando las técnicas aprendidas. En cuanto a la relación con el padre ha mejorado, ya que lo acompaña a sus partidos de fútbol, hay mayor comunicación y observan películas juntos.

En la última consulta el adolescente refiere que ahora realiza sus actividades diarias con tranquilidad, está practicando fútbol, se reúne en su iglesia con chicos de su edad los días sábados cumpliendo los protocolos por la coyuntura actual y respecto a la enfermedad de la madre entendió que ella está con su tratamiento y está estable y no depende de él que mejore o empeore, agrega que a veces cuando se siente ansioso recuerda que tiene técnicas que él ya domina para enfrentar la ansiedad y esta disminuye y es controlada generando bienestar en él.

#### **IV. Conclusiones**

- a. A través de la terapia Cognitiva Conductual se logró disminuir los niveles de ansiedad generalizada del adolescente.
- b. Se logró disminuir de manera significativa los pensamientos y creencias irracionales que aquejaban al paciente mediante la Técnica de Reestructuración cognitiva.
- c. Se redujo la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas fisiológicos y motores de la ansiedad, tales como el dolor de cabeza, sudoración, llanto, palpitaciones, tics nerviosos, mediante el empleo de las estrategias de relajación progresiva de Jacobson y respiración abdominal.
- d. Se disminuyeron las conductas ansiosas, tales como: el de evitar situaciones en las que tenía que entrar a clase virtual, trabajar en grupo o estar con su familia.

## V. Recomendaciones

En este estudio de caso único el adolescente logró disminuir los síntomas ansiosos del Trastorno de Ansiedad Generalizada constatando que se siente bien y puede realizar sus actividades diarias sin dificultad utilizando las técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual.

Por lo tanto, se recomienda:

- Continuar utilizando las técnicas aprendidas ante situaciones estresantes tales como: Reestructuración Cognitiva, Respiración Abdominal, Relajación Muscular de Jacobson, Exposición con prevención de respuestas.
- Practicar fútbol, el deporte de su preferencia, con la finalidad de contribuir a la mejora su estado de ánimo y facilitar el manejo de emociones negativas.
- Continuar asistiendo a las reuniones semanales de su iglesia, con la finalidad de favorecer el reforzamiento en las habilidades sociales e interrelaciones con sus pares.
- Realizar actividades de agrado y entretenimiento con sus padres, con el propósito de mejorar las habilidades comunicacionales, seguridad y aceptación personal.
- Continuar asistiendo a las sesiones de seguimiento cada tres meses, luego cada seis meses, anuales o según las necesidades del adolescente.
- Promover la aplicación sistemática de la terapia cognitivo conductual en casos de ansiedad generalizada con fines de investigación y validación de las técnicas cognitivo conductuales.

## VI. Referencias

- Álvarez, J. (2008). *Programa autoaplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes* [Archivo PDF].  
<https://w3.ual.es/Universidad/GabPrensa/controlexamenes/pdfs/capitulo08.pdf>
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R (tercera edición, revisada)*.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV (cuarta edición)*.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (5th Ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association (2015). *Anxiety*. American Psychiatric Publishing.  
<https://www.apa.org/topics/anxiety>
- Badós, A. (2015). *Trastorno de ansiedad generalizada. Guía para el terapeuta*. Síntesis
- Bandura, A. y Walters, R.H. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Editorial
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.37.2.122>
- Beck, A.T. y Shaw, B. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Descleé de Brouwer. [https://www.academia.edu/28242118/Terapia\\_cognitiva\\_de\\_la\\_depresion\\_Aaron\\_T\\_Beck\\_19a\\_ed](https://www.academia.edu/28242118/Terapia_cognitiva_de_la_depresion_Aaron_T_Beck_19a_ed)
- Beck, A.T. y Greenberg, R.L. (1988). Cognitive therapy of panic disorder. In R.E. Hales y A.J. Frances (Eds.), *Review of psychiatry*, 7,571-583. American Psychiatric Press

- Beesdo-Baum, K. y Knappe, S. (2012). Epidemiología del desarrollo de los trastornos de ansiedad. *Clínicas psiquiátricas de niños y adolescentes de América del Norte*, 21 (3), 457–478. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.001>
- Cia, A. (2007). *La ansiedad y sus trastornos: Manual diagnóstico y terapéutico*. Polemos. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-983220>
- Clark, D. A y Beck, A.T. (2012). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Editorial: Desclée De Brouwer. [https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_5847348cec977.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5847348cec977.pdf)
- Copeland, WE, Angold, A., Shanahan, L. y Costello, EJ. (2014). Patrones longitudinales de ansiedad desde la niñez hasta la edad adulta: Estudio de las Grandes Montañas Humeantes. *Revista de la Academia Estadounidense de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 53(1), 21–33. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.017>
- Child Mind Institute (2018). *Understanding Anxiety in Children and Teens 2018 Children's Mental Health Report*. Child Mind Institute <http://www.infocoponline.es/pdf/ANSIEDAD.pdf>
- Dewinta, P. y Menaldi, A. (2018). Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad generalizada: un estudio de caso de un paciente con arritmia. *Humaniora*, 9(2), 161-171. <https://research.binus.ac.id/publication/FEAD9F48-410D-4796-A35E-AB402C7BD752/cognitive-behavior-therapy-for-generalized-anxiety-disorder-a-case-study-of-arrhythmia-patient/>
- Díaz, P. (2021). *Evaluación e Intervención desde el Modelo Cognitivo Conductual Del Trastorno de Ansiedad Generalizada en un niño de 10 Años: Estudio de caso único* [Trabajo académico de posgrado, Universidad del Norte]. Repositorio Institucional Universidad del Norte. <http://hdl.handle.net/10584/9659>
- Eysenck, H. (1980). The bio-social model of man and unification of psychology. En A.J Chapman y D.Jones (Eds): *Models of Man*. British Psychological Society

- Ellis, A. (1984). The essence of RET. *Journal of Rational Emotive Therapy*, 2(1), 19-25.  
<https://link.springer.com/journal/10942/volumes-and-issues/2-1>
- Edelmann, R. J. (1992). *Anxiety: Theory, research and intervention in clinical and health psychology*. John Wiley & Sons.
- Fullana, MA., Fernández De La Cruz, L., Bulbena, A., Toro, J. (2011). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica* , 138(5), 215-219.  
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.02.017>
- Gómez, G. (2007). Neurofisiología de la ansiedad, versus la angustia como afecto que se siente en el cuerpo. *Informes Psicológicos*, 9(9), 101-119.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5229790>
- Gavino, A. (2008). *El trastorno obsesivo-compulsivo*. Manual práctico de tratamientos psicológicos. Pirámide.
- Garavito, B. (2017). *Mindfulness y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP.  
[https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/8965/GARAVITO\\_BADARACCO\\_MINDFULNESS\\_Y\\_ANSIEDAD\\_EN\\_ESTUDIANTES\\_DE\\_UNA\\_UNIVERSIDAD\\_PRIVADA\\_DE\\_LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/8965/GARAVITO_BADARACCO_MINDFULNESS_Y_ANSIEDAD_EN_ESTUDIANTES_DE_UNA_UNIVERSIDAD_PRIVADA_DE_LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2) ,169-173.  
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill / Interamericana.

- Jiménez, J. (2018). *Análisis teórico de un caso de ansiedad generalizada desde el enfoque cognitivo-conductual*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Machala].  
<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12199>
- Kerlinger, F. (2002). *Investigación del comportamiento: técnicas y comportamiento*. Editorial Interamericana.
- LeDoux, JE. (1995). Emoción: pistas del cerebro. *Annual Review of Psychology*, 46(1), 209-235. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.46.020195.001233>
- Mallqui, M. (2020). *Intervención cognitivo conductual aplicado a un adulto con ansiedad* [Trabajo Académico de segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.  
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4399>
- Ministerio de Salud del Perú (2020). *Plan de salud mental Perú, 2020 - 2021(En el contexto covid-19)*.  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2149352/Estudio%20Comparativo.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2 de octubre de 2021). *Ministerio de Salud atendió 813 426 casos de salud mental entre enero y agosto de 2021*.  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/542324-ministerio-de-salud-atendio-813-426-casos-de-salud-mental-entre-enero-y-agosto-de-2021>
- Ministerio de Salud del Perú (6 de octubre de 2021) .*Minsa: Una de cada ocho personas ha sufrido algún trastorno mental en Lima debido a la COVID-19*.  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/542921-minsa-una-de-cada-ocho-personas-ha-sufrido-algun-trastorno-mental-en-lima-debido-a-la-covid-19>
- Norris, F.H.(2005).*Psychosocial Consequences of Natural Disasters in Developing Countries: What Does Past Research Tell Us About the Potential Effects of the 2004 Tsunami?*[Archivo PDF]. Psychosocial Consequences of Natural Disasters in

Developing Countries: What Does Past Research Tell Us about the Potential Ef  
(psu.ac.th)

Noguera, N. (2018). *Intervención cognitivo conductual en un caso de ansiedad* [Universidad de San Buenaventura Colombia, Trabajo de pregrado]. Repositorio Institucional de la Universidad de San Buenaventura.<http://hdl.handle.net/10819/6317>

Organización Mundial de la Salud. (9 de diciembre del 2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*.  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es)

Organización Panamericana de la Salud (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Panamericana de la Salud.  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (28 de septiembre de 2020). *Salud mental del adolescente*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 157-163. [https://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna\\_vol.2.pdf](https://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna_vol.2.pdf)

Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A. y Rohde, L. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.  
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

Pedroza, R. (2015). Reeduación cognitiva - emotiva en caso de ansiedad ante los exámenes. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 6(11), 319-335. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5280193>

- Quero, S., Baños, R., y Botella, C. (2001). Cognitive biases in panic disorder: A comparison between computerised and card Stroop task. *Psychology in Spain*, 5(1), 26-32.  
<https://www.researchgate.net/publication/28057259>
- Reynolds, R.C. y Richmond, O.B. (2012). *CMASR-2: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (Trad. G. Vélez)*. El Manual Moderno.
- Rivadeneira, C., Dahab, J. y Minici, A. (15 de noviembre de 2012). *Reestructuración cognitiva: Ventajas de su integración con procedimientos conductuales*. PSYCIENCIA.  
<https://www.psyciencia.com/reestructuracion-cognitiva-ventajas-de-su-integracion-con-procedimientos-conductuales/>
- Rodríguez de Kissack, M. y Martínez-León, N. C. (2001). Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños y adolescentes. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Rojas, P. (2021). *Caso clínico de trastorno generalizado de ansiedad* [Tesis de pregrado, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio Institucional de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. <http://hdl.handle.net/20.500.11955/811>
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Editorial Desclée De Brouwer.  
<https://www.untumbes.edu.pe//vcs/biblioteca/document/varioslibros/1286.%20Manual%20de%20t%C3%A9cnicas%20de%20intervenci%C3%B3n%20cognitivo%20conductuales.pdf>
- Saavedra, P. (2002). *Personalidad, autoconcepto y percepción del compromiso parental: sus relaciones con el rendimiento académico en alumnos del sexto grado*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/564>

- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10 – 59.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Suriá, R. y Meroño, A. (febrero del 2009). *Terapia de aceptación y compromiso en el TOC: estudio de su eficacia como tratamiento complementario*. Comunicación presentada en el 10º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis. Universidad de Alicante.  
<http://hdl.handle.net/10045/25919>
- Toro, R.J. y Calle, J.J. (2010). Trastorno de ansiedad generalizada en Toro. En R.J., Yepes, L.E. y Palacio, C.A. *Fundamentos de medicina y psiquiatría*. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Vallejo, M. A. (2001). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 337-353). Pirámide
- Vallejo, J. (2015). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Elsevier Masson.  
<https://es.scribd.com/document/527151413/Introduccion-a-La-Psicopatologia-y-La-Psiquiatria-OCTAVA-EDICION-Julio-Vallejo-Ruiloba--->
- Vega, J. (2017). *Estudio de caso clínico: tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada bajo la terapia cognitiva* [Tesis de pregrado, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio Institucional de la Universidad San Martín de Porres.  
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2842/VEGA\\_LJF.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2842/VEGA_LJF.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Villamarín, F. (1990). Papel de la Auto-eficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. *Revista Análisis y Modificación de Conducta*, 16(47), 55-79.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7086659>

Zegarra, M. (2019). *Terapia cognitiva conductual en un paciente de 20 años con trastorno de ansiedad generalizada* [Trabajo académico de segunda Especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4541>

## VII. Anexos

### Anexo A

LISTA DE COTEJO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA		
<i>JUCDS Feb. 2021</i>		
Criterios	ITEMS	Si/No
1 Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios depunta.	Frecuentemente presenta sensación de que todo le va ir mal sin razón alguna.	Si
	Habitualmente presenta una sensación de Angustia pero no sabe por qué.	Si
	frecuentemente experimenta agitación, nerviosismo o tensión.	Si
	Presenta preocupación excesiva en el trabajo que se acompañan de inquietud y sensación de estar atrapado. ( <i>entre clases</i> )	Si
2 Facilidad para fatigarse.	A menudo se fatiga, cuando realiza actividades habituales?	Si
	Frecuentemente siente fatiga con facilidad o muy pronto.	Si
	Evita o abandona actividades por fatiga o cansancio.	Si
3 Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente n blanco	frecuentemente experimenta dificultad para realizar las tareas que se le asignan en el trabajo	Si
	frecuentemente le es difícil concentrarse cuando se encuentra en clases.	Si
	frecuentemente se queda con la mente en blanco cuando esta exponiendo.	Si
4 Irritabilidad	¿Tiene usted frecuentemente ataques de ira con compañeros de su centro laboral? ( <i>clases, curso</i> )	Si
	¿Se enfada permanentemente cuando piensa que las personas no están de acuerdo con usted ?	Si
	¿Usted siente cólera constantemente al enfrentarse a situaciones estresantes ?	Si
5 tension Muscular	¿Siente dolores musculares frecuentemente?	Si
	¿Se pone tenso constantemente cuando piensa en cómo le irá el día?	Si
	¿Se siente rígido frecuentemente ante situaciones que no le inspiran confianza?	Si
6 Problemas de Sueño (dif. Para dormirse o para continuar durmiendo o sueño inquieto e insatisfactorio)	Tiene dificultades para dormir frecuentemente por pensar mucho.	Si
	Presenta urgencia imperiosa para mover las piernas, generalmente con sensaciones desagradable que no le permite dormir.	Si
	Frecuentemente siente Ud. Que le es difícil conciliar el sueño.	Si

Anexo B



MATHIAS / LUCAS

INVENTARIO EYSENCK Y EYSENCK - FORMA A

AQUÍ TIENE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE EL MODO COMO USTED SE COMPORTA, SIENTE Y ACTUA DESPUÉS DE CADA PREGUNTA COLOQUE UN ASPA (X) DEBAJO "SI" O "NO", SEGÚN SEA SU RESPUESTA

Trate de decir lo más rápidamente. No hay contestaciones correctas ni incorrectas.

Nº		SI	No
1	¿Te gusta que haya mucho ruido y alboroto alrededor tuyo?	X	
2	¿Necesitas a menudo amigos o compañeros buenos, comprensivos, que te den animo a valor?	X	
3	¿Casi siempre tienes una contestación o respuesta rápidamente (al toque) cuando la gente te conversa?	X	X
4	¿Algunas veces te pones malhumorado, de mal genio?	X	
5	¿Eres triste?	X	
6	¿Prefieres estar solo, en vez de estar acompañado de otros niños?	X	
7	¿Pasas ideas por tu cabeza que no te dejen dormir?	X	
8	¿Siempre haces inmediatamente conforme lo que te dicen o mandan?	X	X
9	¿Te gustan las bromas pesadas?	X	
10	¿A veces te sientes infeliz, triste sin que haya ninguna razon especial?	X	X
11	¿Eres vivaz y alegre?	X	X
12	¿Alguna vez has desobedecido cierta regla de la escuela?	X	X
13	¿Te aburren o fastidian muchas cosas?	X	X
14	¿Te gusta hacer las cosas rápidamente?	X	X
15	¿Te preocupas por cosas terribles o feas que pudieron sucederte?	X	X
16	¿Siempre puedes callar todo secreto que sabes?	X	X
17	¿Puedes hacer que una fiesta, paseo o juego sean alegres?	X	X
18	¿Sientes golpes en tu corazón?	X	X
19	¿Cuando conoces nuevos amigos, generalmente tu empiezas la conversación?	X	X
20	¿Has dicho alguna vez alguna mentira?	X	X
21	¿Te sientes fácilmente herido o apenado cuando la gente encuentra un defecto en ti o una falla en el trabajo que haces?	X	X
22	¿Te gusta "cochinear" (hacer bromas) y contar historias graciosas a tus amigos?	X	X
23	¿A menudo te sientes cansado sin razón?	X	X
24	¿Siempre terminas tus tareas antes de ir a jugar?	X	X
25	¿Estas generalmente alegre o contento?	X	X
26	¿Te sientes dolido ante ciertas cosas?	X	X
27	¿Te gusta juntarte con otros chicos?	X	X
28	¿Dices tus oraciones todas las noches?	X	X
29	¿Tienes mareos?	X	X
30	¿Te gusta hacerles travesuras y jugarretas a otros?	X	X
31	¿Te sientes a menudo harto, hastiado?	X	X
32	¿Algunas veces alardeas (fanfarroneas) o "tiras pana" un poco?	X	X
33	¿Estas generalmente tranquilo y callado cuando estas con otros niños?	X	X
34	¿Algunas veces te pones tan inquieto que no puedes estar sentado en una silla mucho rato?	X	X
35	¿A menudo decides hacer las cosas de repente, sin pensarlo?	X	X
36	¿Estas siempre callado en la clase, aun cuando el profesor (a) esta fuera del salón?	X	X
37	¿Tienes muchas pesadillas que te asustan?	X	X
38	¿Puedes generalmente participar y disfrutar de un paseo alegre?	X	X
39	¿Tus sentimientos son fácilmente heridos?	X	X
40	¿Alguna vez has dicho algo malo, feo u ofensivo acerca de una persona o compañero?	X	X
41	¿Considerarías que eres feliz, suertudo y lechero?	X	X
42	¿Si es que sientes que has aparecido como un tonto o has hecho el ridiculo, te quedas preocupado?	X	X
43	¿Te gusta a menudo los juegos bruscos, desordenados, brincar, revolcarte?	X	X
44	¿Siempre comes todo lo que te dan en la comida?	X	X
45	¿Te es muy difícil de aceptar que te digan (NO), te nieguen algo o no te dejen hacer algo?	X	X
46	¿Te gusta salir a la calle bastante?	X	X
47	¿Sientes algunas veces que la vida no vale la pena vivirla?	X	X
48	¿Haz sido alguna vez insolente con tus padres?	X	X
49	¿Las personas piensan que tú eres alegre y "vivo"?	X	X
50	¿A menudo te distraes o piensas en otras cosas cuando estas haciendo trabajo o tarea?	X	X
51	¿Prefieres más estar sentado y mirar, que jugar y bailar en las fiestas?	X	X
52	¿A menudo has perdido el sueño por tus preocupaciones?	X	X
53	¿Generalmente te sientes seguro de que puedes hacer las cosas que tienes que hacer?	X	X
54	¿A menudo te sientes solo?	X	X
55	¿Te sientes tímido de hablar cuando conoces a una nueva persona?	X	X
56	¿A menudo te decides a hacer algo cuando ya es muy tarde?	X	X
57	¿Cuándo los chicos(as) te gritan, tú les gritas tambien?	X	X
58	¿Algunas veces te sientes muy alegre y otros momentos tristes sin alguna razón especial?	X	X
59	¿Encuentas difícil disfrutar y divertirse en una fiesta, paseo juego alegre?	X	X
60	¿A menudo te metes en problemas o lios por hacer las cosas sin pensar primero?	X	X

entrouvertido  
 Altamente instable  
 N = 19  
 E = 5  
 Tendencia inestable  
 Altamente entrouvertido

Handwritten marks on the right side of the table, including 'SI' and 'No' labels, and numerical scores for each row (e.g., 30, 34, 38, 40, 43, 47, 45, 46, 49, 53).

Anexo C

24/6/2021

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

**Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL 7

Nivel mínimo de ansiedad

Anexo D

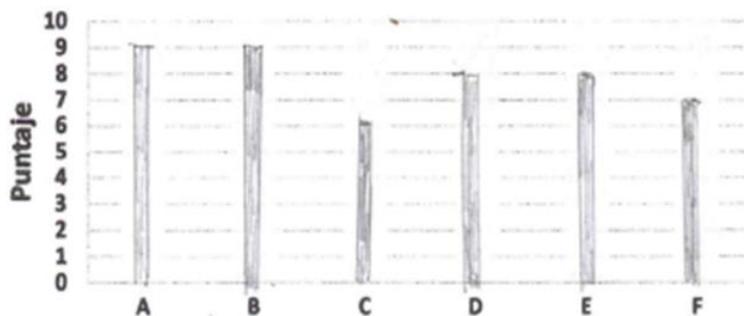
**HOJA DE RESPUESTA DEL REGISTRO DE OPINIONES**

Nombre: LUCA S      Edad: 13      Fecha: Febrero 2021

A			B			C			D			E			F		
<input checked="" type="checkbox"/>	1.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	2.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	3.	F ✓	V	4.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	5.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	6.	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	7.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	8.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	9.	F ✓	V	10.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	11.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	12.	F ✓
<input checked="" type="checkbox"/>	13.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	14.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	15.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	16.	F ✓	V	17.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	18.	<input checked="" type="checkbox"/>
V	19.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	20.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	21.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	22.	F ✓	V	23.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	24.	F ✓
V	25.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	26.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	27.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	28.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	29.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	30.	F ✓
<input checked="" type="checkbox"/>	31.	F ✓	V	32.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	33.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	34.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	35.	F ✓	V	36.	<input checked="" type="checkbox"/>
V	37.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	38.	F ✓	V	39.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	40.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	41.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	42.	F ✓
<input checked="" type="checkbox"/>	43.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	44.	F ✓	V	45.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	46.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	47.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	48.	F ✓
<input checked="" type="checkbox"/>	49.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	50.	F ✓	<input checked="" type="checkbox"/>	51.	F ✓	V	52.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	53.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	54.	<input checked="" type="checkbox"/>
V	55.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	56.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	57.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	58.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	59.	F ✓	V	60.	<input checked="" type="checkbox"/>
V	61.	F ✓	V	62.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	63.	F ✓	V	64.	<input checked="" type="checkbox"/>	V	65.	<input checked="" type="checkbox"/>			
Total: <u>9</u>			Total: <u>9</u>			Total: <u>6</u>			Total: <u>8</u>			Total: <u>8</u>			Total: <u>7</u>		

*1 inconsistencia -> es válido.*

**GRÁFICO DE BARRAS**



Observación:

## Anexo E

### REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN/ CTA	CUESTIONAMIENTO	NUEVOS PENSAM.
Estoy en la sala con mi familia.	Debo portarme bien siempre, no debo fallar, sino mamá empeorará.	Nervios 8/10 Irritación 7/10 Frustración 8/10	¿Las personas nunca fallan? ¿Conoces a alguien que nunca ha fallado? ¿Las personas que conoces que alguna vez han fallado o se han portado mal se han quedado sin padres, o han enfermado?	Si fallo o me porto mal no me convierte en un mal hijo. Mi madre tiene sus controles, no es por mi causa que esté mal.
Estoy en mi cuarto a punto de entrar a clase virtual	Debo hacerlo todo bien, debo responder y hacer bien las tareas, sacarme buenas notas, sino mi padre se molestará y mi madre se enfermará más	Nervios 8/10 Irritación 7/10 Cólera 8/10	¿Entonces si tú fallas o te portas mal es razón para que tu madre enferme o empeore?	Si no respondo a alguna pregunta o no me sale bien algo no significa que mi madre empeore.

Anexo F

## REGISTRO DE CONDUCTA-1

Nombre: Mathias / Lucas      Del sábado 13 al sábado 20 de Marzo del 2021

Conducta	Días								Total
	Sa 13	Do 14	Lu 15	Ma 16	Mi 17	Ju 18	Vi 19	Sa 20	
1. Tics nerviosos (en ojos y boca).	-	6	5	6	4	6	7	7	41
2. Se fatiga rápido al hacer una actividad diaria.	-	3	4	3	3	3	4	3	23
3. Se aísla, se encierra en su cuarto.	-	4	4	3	3	3	4	3	24
4. Dificultad para concentrarse (cuando conversa no sigue la ilación)	-	5	3	3	2	4	3	3	23
5. Pensamientos de incertidumbre ( que pasará con mi madre si hago algo mal)	-	8	9	8	9	9	8	6	57
6. Se irrita fácilmente	-	9	10	7	8	9	10	9	55
7. Transpiración excesiva en las manos.	-	8	9	10	10	8	7	10	62
8. Problemas para conciliar el sueño.	-	1	1	1	1	1	1	1	7
9. Adormecimiento del brazo.	-	2	1	3	1	2	1	1	11
10. Angustia	-	10	10	10	9	10	10	10	69